附件8

吉林省XXXX统筹区XXXX（期别）XXXX（类别）

付款通知书

（经办机构全称）：

按照《吉林省医疗保险异地就医管理办法》（吉医保联〔2022〕30号）和《吉林省医疗保险异地就医经办规程》（吉医保联〔2023〕xx号）文件规定，请你单位于 （上解时限）前，拨付 （款项期别）、 （类别）、 （金额）元至省级经办机构。

账户名称：XXXX

开户银行：XXXX

银行账号：XXXX

联行号：XXXX

附：1.吉林省异地医保费用付款清算表

2.吉林省XXXX统筹区异地职工医保基金明细表

3.吉林省XXXX统筹区异地居民医保基金明细表

4.吉林省XXXX统筹区异地医保业务周转金额度调整明细表

 吉林省社会医疗保险管理局

签章日期：XXXX年XX月XX