|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件6-1 | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 吉林省省平台异地医保业务周转金额度调整明细表 | | | | | | |  |
|  |  |  | （省异地平台用） | |  |  |  |  |
| 制表单位：（省级经办机构签章） 事项类型：XXXX年 单位：万元 | | | | | | | | |
| 序号 | 统筹区名称 | 上期周转金 | | 本期周转金 | | 差额 | | |
| 应收额 | 应付额 | 应收额 | 应付额 | 应收额 | 应付额 | 小计 |
| 甲栏 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | 省本级 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | 长春 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | 吉林 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | 辽源 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | …… |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | 省平台（合计） |  |  |  |  |  |  |  |
| 备注：1.事项类型：XXXX年度周转金/紧急调增第X期/其他； | | | | | | | |  |
| 2.栏目关系：5=3-1；6=4-2；7=5-6。  3.本表为省级经办机构（省异地就医平台）专用。 | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 单位负责人： 审核人： 制表人： 制表日期： | | | | | | | |  |