附件12

\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医应付费用清算表

制表单位：（部级经办机构签章） 清算所属季度：XX年XX季度 单位：元（保留两位小数）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 地 区 | 合计 | 住院医疗费用 | 住院康复费用 | 辅助器具配置费用 |
| 北 京 |  |  |  |  |
| 天 津 |  |  |  |  |
| 河 北 |  |  |  |  |
| 山 西 |  |  |  |  |
| 内蒙古 |  |  |  |  |
| 辽 宁 |  |  |  |  |
| 吉 林 |  |  |  |  |
| 黑龙江 |  |  |  |  |
| 上 海 |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |

单位负责人： 审核人： 制表人： 制表日期：