附件6

\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医预付金额度

调整付款通知书

（经办机构全称）：

请你单位将XXXX年工伤保险跨省异地就医预付金 万元于XXXX年2月28日前拨付。付款明细清单如下：

**工伤保险跨省异地就医预付金付款汇总表**

预付金年度：XXXX年

付款方：XX省 单位：万元

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **地 区** | **上年额度** | **本年核定额度** | **实际划款额度** | **银行类别** | **银行账号** | **银行户名** | **银行行号** |
| **1** | **2** | **3=2-1** |
| 北 京 |  |  |  |  |  |  |  |
| 天 津 |  |  |  |  |  |  |  |
| 河 北 | 　 |  |  |  |  |  |  |
| 山 西 | 　 |  |  |  |  |  |  |
| 内蒙古 | 　 |  |  |  |  |  |  |
| 辽 宁 | 　 |  |  |  |  |  |  |
| 吉 林 | 　 |  |  |  |  |  |  |
| 黑龙江 | 　 |  |  |  |  |  |  |
| 上 海 | 　 |  |  |  |  |  |  |
| …… | 　 |  |  |  |  |  |  |
| 合 计 | 　 |  |  |  |  |  |  |

注：上年额度指部级经办机构核定的上年度预付金额（含紧急调整额度）

（落款：由出具单据的部门落款并加盖公章）

 签章日期：XXXX年XX月XX日