附件15

\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医费用收款通知书

（经办机构全称）：

你单位XXXX年XX季度工伤保险跨省异地就医费用收款明细清单如下：

**工伤保险跨省异地就医费用收款汇总表**

清算所属月份：XXXX年XX季度

收款方：XX省（区、市） 单位：元（保留两位小数）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **地 区** | **银行类别** | **银行账号** | **银行户名** | **银行行号** | **金额** |
| 北 京 |  |  |  |  |  |
| 天 津 |  |  |  |  |  |
| 河 北 |  |  |  |  |  |
| 山 西 |  |  |  |  |  |
| 内蒙古 |  |  |  |  |  |
| 辽 宁 |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |
| 合 计 |  | 合计（退款） | XXXX | 合计（不含退款） | XXXX |

明细见：附件13\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医应收费用清算表

（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