附件10

\_\_\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医住院结算单

医疗机构名称： 机构所属地：××市 医院等级：三级 就医登记号： 金额单位：元

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名： |  | 人员类别 |  | 参保地 |  | 社会保障号码 |  |
| 待遇类别 |  | 业务类别 |  | 结算时间 |  | 科别 |  |
| 住院号 |  | 入院时间 |  | 出院时间 |  | 住院天数 |  |
| 项目费别 | 药品 | 诊疗项目 | 住院服务标准 | 康复服务项目 | 辅助器具费用 | 合计 |  |
| 工伤保险基金支付金额 |  |  |  |  |  |  |  |
| 非工伤保险基金支付金额 | 自费金额 |  |  |  |  |  |  |  |
| 其他（非工伤伤情等） |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计本次：总费用XXXX元，工伤保险基金支付金额XXXX元；个人支付金额XXXX元。 |  |
| 收款人： 审核人： 制单人： 打印日期：  |

备注：1.本次就诊非工伤伤情所产生的费用工伤保险基金不予支付；2.此表供协议机构打印，一式两份，协议机构、工伤职工各一份。

病人（家属）签字：