附件12-1

\_\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医支付明细表

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  项目地区 | 合计 | 住院医疗费用 | 住院康复费用 | 辅助器具配置费用 |
|  |  | 基金支付 | 非基金支付 | 基金支付 | 非基金支付 | 基金支付 | 非基金支付 |
| 北 京 |  |  |  |  |  |  |  |
| 天 津 |  |  |  |  |  |  |  |
| 河 北 |  |  |  |  |  |  |  |
| 山 西 |  |  |  |  |  |  |  |
| 内蒙古 |  |  |  |  |  |  |  |
| 辽 宁 |  |  |  |  |  |  |  |
| 吉 林 |  |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |  |  |  |