附件10

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 广东省省内异地就医门诊医疗费用月结算审核支付表（职工医保）  （经办机构用表） | | | | | | | | | | | | |
| 就医地（统筹区）名称： | | | | | | 就医地（审核）经办机构名称： | | | | | 参保地（统筹区）名称： | |
| 就医地（统筹区）代码： | | | | | | 就医地（审核）经办机构代码： | | | | | 参保地（统筹区）代码： | |
| 费用申报定点医药机构名称： | | | | | | 申报结算日期：2021-07-01 至 2021-07-31 | | | | |  | |
| 费用申报定点医药机构代码： | | | | | | 业务交接号： | | | | | 金额单位：元（保留两位小数） | |
| 业务  类型 | 人员类别 | | 人数 | 人次 | 医疗费 总金额 | 自费金额 | 自付金额 | 记账金额 | 审核扣减  金额 | 补拨/补扣金额 | 实际支付  金额 | 备注 |
| 普通门诊 | 申报 | 在职 |  |  |  |  |  |  | / | / | / |  |
| 退休 |  |  |  |  |  |  | / | / | / |  |
| 其他 |  |  |  |  |  |  | / | / | / |  |
| 小计 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 审核 | 在职 |  |  |  |  |  |  |  |  | / |  |
| 退休 |  |  |  |  |  |  |  |  | / |  |
| 其他 |  |  |  |  |  |  |  |  | / |  |
| 小计 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支付 | 在职 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 退休 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 其他 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 普通门诊小计 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 门诊特定病种 | 申报 | 在职 |  |  |  |  |  |  | / | / | / |  |
| 退休 |  |  |  |  |  |  | / | / | / |  |
| 其他 |  |  |  |  |  |  | / | / | / |  |
| 小计 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 审核 | 在职 |  |  |  |  |  |  |  |  | / |  |
| 退休 |  |  |  |  |  |  |  |  | / |  |
| 其他 |  |  |  |  |  |  |  |  | / |  |
| 小计 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支付 | 在职 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 退休 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 其他 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 门诊特定病种小计 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 重大疫情特殊医疗保障门诊 | 申报 | 在职 |  |  |  |  |  |  | / | / | / |  |
| 退休 |  |  |  |  |  |  | / | / | / |  |
| 其他 |  |  |  |  |  |  | / | / | / |  |
| 小计 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 审核 | 在职 |  |  |  |  |  |  |  |  | / |  |
| 退休 |  |  |  |  |  |  |  |  | / |  |
| 其他 |  |  |  |  |  |  |  |  | / |  |
| 小计 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支付 | 在职 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 退休 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 其他 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 重大疫情特殊医疗保障门诊小计 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 就医地（审核）经办机构负责人： | | | | | 复核人： | | 制表人： | | | 制表日期： | | |
| 备注 | 1.审核扣减的金额前用“—”（负数）进行标记。补扣的金额前用“—”（负数）进行标记。 | | | | | | | | | | | |
|  | 2.实际支付金额=记账金额+审核扣减金额+补拨补扣金额。 | | | | | | | | | | | |