附件11

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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）  （医药机构下载对账用表） | | | | | | | | | | | |
| 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）经办机构医疗费用结算部门联系人： | | | | | 联系电话： | | | | | 制表日期： | | |