附件15

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 广东省省内异地就医门诊医疗费用月结算审核支付汇总表（职工医保） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （就医地用表） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **申报结算日期： 年 月 日 至 年 月 日** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **填报单位：地级以上市经办机构名称（章）** | | | | | | | | **业务交接号：** | | |  | | | **金额单位：元（保留两位小数）** | | | |
| 序号 | 参保所在市 | 人数 | 人次 | 拨付  人次 | 医疗费用总额 | 个人支付金额 | 记账金额 | | | | | | | | 审核扣减金额 | 补拨补扣金额 | 实际支付金额 |
| 基本医疗保险 | | 大病  保险 | 补充医疗保险 | 公务员 补助 | 伤残人员医疗保障 | 医疗救助 | 其他 |
| 统筹  基金 | 个人  账户 （虚账） |
| 1 | 广州市 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | 深圳市 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | …… |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 总 计 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **负责人： 复核人： 制表人： 制表日期： 年 月 日 联系电话：** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | |