附件17

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 广东省省内异地就医门诊医疗费用月结算拨付计划表（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） 拨付批号： 单位：元**（保留两位小数）** | | | | | | | |
| 参保所属市 | 医药机构名称 | 医药机构编码 | 业务交接号 | 人数 | 人次 | 拨付人次 | 拨付金额 |
| 广州市 | 广东省人民医院 |  |  |  |  |  |  |
| 广州市第一人民医院 |  |  |  |  |  |  |
| 小计： 家医药机构 | | | |  |  |  |  |
| 深圳市 |  |  |  |  |  |  |  |
| 小计： 家医药机构 | | | |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |  |
| 小计： 家医药机构 | | | |  |  |  |  |
| 合计： 个参保地 家医药机构 | | | |  |  |  |  |
| **负责人： 复核人： 制表人： 制表日期： 年 月 日 联系电话：** | | | | | | | |