附表24

|  |
| --- |
| 定点医疗机构医疗保障结算申报表 |
| 结算类别：□职工住院费用 □职工普通门诊 □职工门特门慢 □城乡居民住院费用 □城乡居民门诊统筹 □城乡居民门特门慢 □城乡居民“两病” □生育保险 □其他..... |
| 定点医疗机构名称 |  | 结算起止时间 |  | 经办机构名称 |  |
| 定点医疗机构编码 |  | 申请结算日期 |  | 结算申请流水号 |  |
| 参保人所属地医保局 | 结算人次 | 总医疗费用 | 基本医疗保险基金 | 补充医疗基金 | 大病保险基金 | 医疗救助资金 | 个人账户 | 其他1 | 其他2 | 其他3 |
| 人次 | 金额 | 人次 | 金额 | 人次 | 金额 | 人次 | 金额 | 人次 | 金额 | 人次 | 金额 | 人次 | 金额 | 人次 | 金额 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 结算申请人： |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 打印时间： |  |  |  |  |