附件9

\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医预付金

额度紧急调增收款通知书

（经办机构全称）：

根据你单位紧急调增申请，按照《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）文件规定，请你单位对XX省补充拨付预付金XXXX万元查收确认。

（落款：由出具单据的部门落款并加盖公章）

签章日期：XXXX年XX月XX日