|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件14-3 |  |  |  |  |  |  |
| \_\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医居民医保基金应付明细表 |
| 制表单位：（经办机构签章） |  |  | 清算所属月份：XXXX年XX月 | 单位：元（保留两位小数） |
|  **项目****地区** | **基本医疗保险** | **城乡居民大病保险** | **医疗救助** | **其 他** | **合 计** |
|
| 北 京 |  |  |  |  |  |
| 天 津 |  |  |  |  |  |
| 河 北 |  |  |  |  |  |
| 山 西 |  |  |  |  |  |
| 内蒙古 |  |  |  |  |  |
| 辽 宁 |  |  |  |  |  |
| 吉 林 |  |  |  |  |  |
| 黑龙江 |  |  |  |  |  |
| 上 海 |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |  |

注：1.基本医疗保险基金归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费用

2.城乡居民大病保险基金归集属于城乡居民大病保险基金支付的医疗费用

3.医疗救助归集按规定支付给低保对象、特困人员等符合条件救助对象的医疗费用

4.其他归集非以上项目医疗费用