附件16

\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医

费用收款通知书

（经办机构全称）：

你单位XXXX年XX月跨省异地就医费用收款明细清单如下：

**跨省异地就医费用收款汇总表**

清算所属月份：XXXX年XX月

收款方：XX省（区、市） 单位：元（保留两位小数）

|  |  |
| --- | --- |
| **地 区** | **金 额** |
| 北 京 | 　 |
| 天 津 | 　 |
| 河 北 | 　 |
| 山 西 | 　 |
| 内蒙古 | 　 |
| 辽 宁 | 　 |
| 吉 林 | 　 |
| 黑龙江 | 　 |
| 上 海 | 　 |
| …… | 　 |
| 合 计 | 　 |

明细见：附件14-7\_\_省（区、市）跨省异地就医应收医疗费用清算表

签章日期：XXXX年XX月XX日