

## 表18：定点医疗机构费用结算申报表 (月度汇总数据)

申请日期： 年 月 日

单位：元, 人次

定点医疗机构代码			定点医疗机构名称 (盖章)				
申报起止日期	年 月 日至 年 月 日		定点医疗机构归属统筹区				
就医地类别	申报合计		医疗总费用	基金支付合计	账户支付合计	现金支付合计	备注
	人次	金额					
合 计							
结算申请人：			医保办负责人：				
经办机构意见：							

备注：本表限定定点医疗机构在经办窗口办理费用结算使用