

### 表19：就医人员明细表

机构代码：

机构名称（盖章）：

申报起止时间： 年 月 日至 年 月 日

申报日期： 年 月 日

序号	定点机构代码	定点医疗机构名称	定点归属医保区划	就诊人姓名	就诊人证件号码	险种类型	参保所属区划	就诊凭证	退费标志	结算ID	结算时间	医疗类别	医疗费总额	现金支付金额	基金支付总额	账户支付总额

备注：1. 本表限定点医疗机构在经办窗口办理费用结算使用；2. 单位：元