|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附表26  异地就医联网结算费用拨付申请表 | | | | | | | |
| 医疗机构/零售药店编码： |  |  | | 结算时间： 至 | |  | |
| 医疗机构/零售药店名称（加盖公章）： |  |  | |  | | 单位：元 | |
| 就医类别 | 就医人次 | 费用总额 | | 申请拨付金额 | | 备注 | |
|  |  |  | |  | |  | |
| 合计人民币（大写） |  | | | | | | |
| 经办人： |  | |  | | 申请结算时间： | |  |