|  |
| --- |
| 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： |  |