|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件13 | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医住院结算单 | | | | | | | | | |
| 单位： 元（保留两位小数） | | | | | | | | | |
| 患者姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 社会保障  号码 |  | 社会保障卡卡号（可选） |  |
| 参保地 |  | | | 险种类型 |  | | | | |
| 就医地 |  | | | 医院名称 |  | | | 医院等级 |  |
| 入院方式 |  | | | 住院号 |  | | | 出院科室 |  |
| 主要诊断 |  | | | 次要诊断 |  | | | | |
| 入院日期 |  | | | 出院日期 |  | | | 住院天数 |  |
| 总费用 |  | 统筹基金支付范围内费用 |  | 乙类先行自付费用 |  | 超限价自付 费用 |  | 自费费用 |  |
| 基金支付合计金额 | | |  | | | 个人现金支付金额 | |  | |
| #参保地基金1 | | |  | | | 本次起付标准 | |  | |
| #参保地基金2 | | |  | | |  | | | |
| #参保地基金3 | | |  | | |  | | | |
| #参保地基金4 | | |  | | |  | | | |
| #参保地基金5 | | |  | | |  | | | |
| #参保地基金6 | | |  | | |  | | | |
| …… | | |  | | |  | | | |
| 注：1.参保地基金按照参保地返回的基金款项名称打印  2.总费用=统筹基金支付范围内费用+乙类先行自付费用+超限价自付费用+自费费用  3.总费用=基金支付合计金额+个人现金支付金额 | | | | | | | | | |