

____省（区、市）个人账户跨省共济应收明细表

制表单位：（国家级经办机构签章）

清算月份：XXXX 年 XX 月

单位：元（保留两位小数）

地区\项目	被共济人省内就医 使用跨省共济资金	被共济人跨省就医 使用跨省共济资金	被共济人本地参加居民医 保使用跨省共济资金	被共济人本地参加长护险 使用跨省共济资金	其他
北 京					
天 津					
河 北					
山 西					
内 蒙 古					
辽 宁					
吉 林					
黑 龙 江					
上 海					
.....					
合 计					