

附件5

中卫市基本医疗保险基金拨款申请表

申请单位:

年 月 日

单位: 万元

编号	基本医疗保险基金 名 称	年度基金预算支出数			累计拨款数			季度申请拨款数			支出户开 户银行	支出户账 号
		合 计	统筹基金	个人账户 基金	合 计	统筹基金	个人账户 基金	合 计	统筹基金	个人账户 基金		
1	城镇职工基本医疗											
2	城乡居民基本医疗											
3	职工大额医疗补助											
4	公务员医疗补助											
合 计												
拨款合计金额(大写) :		¥:										
县(区)医疗保障服务中心意见:								县(区)医疗保障局意见:				
经办人:				分管领导:				盖章:				
中心负责人:		盖章:		年 月 日		年 月 日		盖章:				
市医疗保障服务中心意见:								市医疗保障局意见:				
审核人:				分管领导:				盖章:				
中心负责人:		盖章:		年 月 日		年 月 日		盖章:				

注: 此表一式两份, 市县经办各一份。