

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：<br><br>经办人：<br><br>中心负责人：盖章：年 月 日 |            |           |      |        |       |      | 县（区）医疗保障局意见：<br><br>分管领导：盖章：年 月 日 |         |      |        |         |       |
| 市医疗保障服务中心意见：<br><br>审核人：<br><br>中心负责人：盖章：年 月 日    |            |           |      |        |       |      | 市医疗保障局意见：<br><br>分管领导：盖章：年 月 日    |         |      |        |         |       |

注：此表一式两份，市县经办各一份。