附件4

新增医疗服务价格项目申报汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 填报单位（签章）： | | | |  | | 填报日期： 年 月 日 | | | |
| 序号 | 申报单位 | 项目名称 | 项目类别 | 项目内涵 | 除外内容 | 计价单位 | 计价说明 | 申报价格（元） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**注：**盟市医疗保障局汇总辖区内新增医疗服务价格项目后报送自治区医疗保障局。