新增医疗服务价格项目申请汇总表

申报单位（医疗机构公章）： 申报日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 拟新增的项目 | | | | | | | | 备注 | 申报单位及文号 | |
| 财务分类 | 编码 | 项目名称 | 项目内涵 | 除外内容 | 计价 单位 | 说明 | 价格(元) |
| 申报医疗机构 | 文号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |