

附件

_____省医疗机构账号新增汇总表

填报单位（盖章）_____

序号	行政区域 省份名称	行政区域地 市名称	行政区域地 区名称	省级医保局账 号	省级医 保局名 称	市级医保 局账号	市级医保 局名称	医院名称
1	浙江省	杭州市	上城区	hc-123	浙江省 医保局	hc-456	杭州市医 保局	***医院
2	浙江省	省（区）直 属	省（区）直 属	hc-123	浙江省 医保局	hc-123	省（区）直 属	***医院