医疗保障定点零售药店申请表

（参考模板）

申请单位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申请时间： 年 月 日

填写说明

一、本表采用打印版，要求内容真实。

二、劳动合同有效时限填写劳动合同签订日期及合同期限。

医疗保障定点零售药店申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 药店名称 |  |
| 社会统一信用代码 |  | 药品经营许可证号 |  |
| 所有制形式 |  | 药店性质 | 直营□加盟□单体□其他□ |
| 企业负责人 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |
| 实际控制人 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |
| 法定代表人 |  | 是否独立法人 | 是□否□ |
| 身份证号 |
| 医保管理工作负责人 |  | 联系电话 |  |
| 医保管理工作专职人数 |  | 医保管理工作兼职人数 |  |
| 药店地址 |  |
| 营业面积 | 平方米 | 基本账户开户银行及账号 |  |
| 药师配置情况 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 技术资格 | 发证日期 | 证书编号 | 注册地 | 劳动合同有效时限 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医保管理人员 | 姓名 | 身份证号 | 专（兼）职 | 劳动合同有效时限 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 药店许可经营范围 |  |
| 上级公司名称 |  | 上级公司地址 |  |
| 申请承诺 | 本单位自愿申请承担医疗保障服务，并严格遵守医疗保障有关管理规定，对所提交资料的真实性负责，如有虚假不实，本单位将承担由此带来的一切法律、经济等方面的后果及责任。本单位已认真阅读国家医疗保障局令第3号申请定点相关要求，不具有第十一条不予受理情形；已认真阅读xxx医疗保障定点零售药店协议管理要求，承诺在申请纳入协议管理后严格遵守协议管理的各项要求。法定代表人（负责人）签字：　　　（单位公章）年 月 日 |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |

**风险提示：申请定点的零售药店有可能存在前期经费投入，当评估不合格时可能会产生经济损失。**