医疗保障定点零售药店申请表

（参考模板）

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

申请时间：XXXX年XX月XX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 | | | | XXXXX | | | | | | | | | | | | |
| 社会统一信用代码 | | | | XXXX | | | | | | 药品经营  许可证号 | | | | XXXX | | |
| 所有制  形式 | | | | XXXX | | | | | | 药店性质 | | | | 直营☑加盟□单体□其他□ | | |
| 企业负责人 | | | | XXXX | | | | | | 联系电话 | | | | XXXX | | |
| 身份证号XXXXXXXXXXXXXXX | | | | | | | | | | | | |
| 实际控制人 | | | | XXXX | | | | | | 联系电话 | | | | XXXX | | |
| 身份证号XXXXXXXXXXXXXXX | | | | | | | | | | | | |
| 法定代表人 | | | | XXXX | | | | | | 是否独立  法人 | | | | 是☑否□ | | |
| 身份证号XXXXXXXXX | | | | | |
| 医保管理工作负责人 | | | | XXX | | | | | | 联系电话 | | | | XXXXXXXXX | | |
| 医保管理工作专职人数 | | | | X | | | | | | 医保管理工作兼职人数 | | | | X | | |
| 药店地址 | | | | XXXXXXXXXXXXXXXXXX | | | | | | | | | | | | |
| 营业面积 | | | | 平方米XXX | | | | | | 基本账户开户银行及账号 | | | | XXXXXXXX | | |
| 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 |
| XX | | | | XX | XX | XX | | XX | | | XX | | | XX | XX |
|  | | | |  |  |  | |  | | |  | | |  |  |
| 医保管理人员 | 姓名 | | | | 身份证号 | | 专（兼）职 | | 劳动合同有效时限 | | | | | | | |
| XX | XX | | | | XX | | XX | | XXXX | | | | | | | |
|  |  | | | |  | |  | |  | | | | | | | |
| 药店许可  经营范围 | | | | | XXXX | | | | | | | | | | | |
| 上级公司名称 | | | | | XXX | | | 上级公司地址 | | | | | XXX | | | |
| 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：XXX　　　　　（单位公章）  XXXX年XX月XX日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 联系人 | | | XXX | | | | | | | | 联系电话 | | | | XXXXXXXXXX | |

**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。**