

附件 2

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 <input type="checkbox"/> 加盟 <input type="checkbox"/> 单体 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>			
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 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
	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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;"> 法定代表人（负责人）签字： （单位公章） </p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 年 月 日 </p>		
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。