医疗保险协议定点零售药店申请表
(参考样表)

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。

医疗保险协议定点零售药店申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 药店名称 |  | 药店地址 |  |
| 统一社会信用代码 |  | 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□ |
| 药店许可经营范围 |  |
| 营业面积（平方米） |  | 基本账户开户银行及账号 |  |
| 上级公司名称 |  | 上级公司地址 |  |
| 法定代表人 | 姓名： | 联系电话： |
| 身份证号码： |
| 是否独立法人 | 是□ 否□ |
| 企业负责人 | 姓名： | 联系电话： |
| 身份证号码： |
| 实际控制人 | 姓名： | 联系电话： |
| 身份证号码： |
| 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 |  |
| 医保管理人员 | 姓名 | 身份证号码 | 专(兼)职 | 劳动合同有效时限 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 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，本机构将承担由此带来的一切法律、经济等方面的后果及责任。本机构已认真阅读《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号）申请定点相关要求，无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。**