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。**