附表3

市医疗保障

定点零售药店申请表

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

申请时间\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

填 写 说 明

一、该表填写内容可打印也可用蓝色或黑色水笔填写，要求字迹工整清楚，内容真实。

二、符合医保定点条件并愿意承担医保服务的零售药店，可在规定时间内向所在辖区医保经办机构提出申请，填写《市医疗保障定点零售药店申请表》，并提供以下材料：

1.医疗保障定点零售药店评估表;

2.药品经营许可证（正、副本）、营业执照（正、副本）原件及复印件；法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件；

3.执业药师资格证书、执业地注册证或药学技术人员相关证书及其劳动合同原件及复印件；

4.医保专（兼）职管理人员的劳动合同原件及复印件；

5.与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本；

6.与医保有关的信息系统相关材料；

7.纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

8.营业场所产权证明或经房产主管部门备案的租赁合同、平面布局图（房产证、营业用房）等相关资料原件及复印件；

9.总部同意连锁门店申请协议定点的证明材料；

10.药品经营品种及价格清单；

11.工作人员花名册。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 零售药店名称 | |  | | | 法定代表人姓名 | | |  | |
| 法定代表人  身份证号码 | |  | | | 法定代表人  联系电话 | | |  | |
| 经营方式 | | □ 连锁企业直营门店  □ 加盟店  □ 单体店 | | | | | | | |
| 总店名称 | |  | | | | | | | |
| 开业时间 | |  | | | 邮政编码 | | |  | |
| 单位地址 | |  | | | | | | | |
| 药店用房性质  （自有/租赁） | |  | | | 药店用房租赁合同  剩余有效期限 | | |  | |
| 营业场所  建筑面积 | |  | | | 500米内有无其他  定点零售药店 | | |  | |
| 1000米内有无其他  定点零售药店 | | |  | |
| 单位经办人 | |  | | | 联系电话 | | |  | |
| 药品经营许可证号 | |  | | | 许可证取得时间 | | |  | |
| 变更记录（近三年） | | |
| 统一社会信用代码 | |  | | | 营业执照  取得时间 | | |  | |
| 是否已安装医药  结算监控设备 | |  | | | 是否承诺提供医药  结算监控信息 | | |  | |
| 经营药品是否有  进、销、存台账 | |  | | |  | | |  | |
| 经营药品  种数 | 总数 |  | | 西药 |  | 中成药 |  | 中药  饮片 |  |
| 其中医保  药品种数 | 总数 |  | | 西药 |  | 中成药 |  | 中药  饮片 |  |
| 备注 |  | | | | | | | | |
| 工作人员  总数 | 注册执业药师  （中药师） | | 药师  （中药师） | | 从业药师  （中药师） | | 营业员 | 其他工作人员 | |
|  |  | |  | |  | |  |  | |
| 1年以上稳定  工作关系人数 | | |  | | 参加社会保险人数 | | |  | |
| 近一年内有无  行政处罚记录 | | |  | | 近一年内有无  重大药品质量事故 | | |  | |
| 同一法人主体（投资主体）的相关定点医药机构，1年内有无因违规被暂停、解除或终止医保协议和正在接受经办机构调查处理等情况的记录。 | | | | | | | |  | |
| 申请单位  意见 | 自愿承担\_\_\_\_\_市医疗保障服务，申请成为医疗保障定点零售药店，并承诺所填写的信息、证明材料真实有效。如与事实不符，将承担提供虚假材料所造成的一切后果。  自愿按医保部门和医保经办机构要求安装实名制购药验证、实时监控等智能监管系统。  法定代表人签字：  单位（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |