台州市基本医疗保险

定点零售药店协议管理申请书

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

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

填 写 说 明

一、本表用钢笔填写，要求字迹工整清楚，内容真实。

二、零售药店提交本申请书时，要附加以下材料（加盖单位公章）：

1．《药品经营许可证》和《营业执照》的正本复印件、副本各一份；

2．《药品经营质量管理规范认证证书》（GSP）原件及复印件各一份；

3．药品经营品种及价格清单（连锁门店可由总部统一提供）一份（注明是否属于医保目录内）；

4．零售药店营业场所产权证明或经房产主管部门备案的租赁合同、平面布局图等相关资料原件及复印件各一份；

5．药师以上药学技术人员注册证（或资格证）及职称证明材料的原件及复印件各一份；

6．连锁门店应提供其总部同意申请协议定点的证明材料；

7．零售药店工作人员花名册，退休返聘人员需提供聘用合同一份；

8．法定代表人、经办人身份证明复印件各一份。

9.申请材料一式两份装订成册

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 零售药店名称 | |  | | | | | 法定代表人 | | | |  | | |
| 法定代表人  身份证号 | |  | | | | | 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 | |  | | | | | 距离300米内，有无其他定点零售药店 | | | |  | | |
| 申请事项办理人 | |  | | | | | 联系电话 | | | |  | | |
| 药品经营  许可证号 | |  | | | | | 药品经营许可证取得时间 | | | |  | | |
| 统一社会信用  代码 | |  | | | | | 营业执照  取得时间 | | | |  | | |
| 药品经营质量管理规范认证号 | | | | | | |  | | | | | | |
| 是否提供远程药学服务 | | | | | | |  | | | | | | |
| 是否已安装医疗结算影像设备 | |  | | | | | 是否承诺提供医疗结算影像信息 | | | |  | | |
| 经营药品是否有进、销、存台帐 | |  | | | | | 是否按GSP要求  进行管理 | | | |  | | |
| 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 | |
|  |  | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 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、解除或终止医保服务协议和正在接受经办机构调查处理等情况的的记录 | | | | | | | | | | | |  | |
| 具有1年以上稳定工作(劳务)关系人数 | | |  | | | 参加社会保险人数 | | | | | |  | |
| 申请  单位  意见 | 自愿承担 基本医疗保险服务，申请成为医疗保险定点零售药店，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。  （单位印章）  （法人代表签章）  经办人签字：  申请时间 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |