附件2

信阳市基本医疗保险

定点零售药店申请书

申请单位

申请时间

信阳市社会医疗保险中心统一印制

填 写 说 明

一、本表用钢笔或水笔填写，要求字迹工整清楚，内容真实。

二、“申请内容”一栏由零售药店填写申请定点资格的意向。

三、最后一栏由市、县区医疗保险经办机构负责填写。

四、零售药店向所属医疗保险经办机构提交本申请书时，要附加以下材料：

1.申请书（两份）。简介零售药店基本情况，药店负责人（法定代表人）身份证明及联系方式；2.《药品经营许可证》、《药品经营质量管理规范认证证书》和《营业执照》复印件；3.零售药店地理位置图，营业场所面积和房产证书或房屋租赁协议及对方房产证书复印件等相关材料；4.合格供货方基本情况；5.上年度收入情况和纳税证明材料；6.药品经营目录。目录按《河南省医疗保险和工伤保险药品目录》分类和编号排列，标注药品的商品名、规格、产地和价格，并在第一页分类中总计药品品种数量；7.职工人员名单、食品药品监督部门上岗证、健康证明、劳动合同书和药师证书等；8.物价、食品药品监督管理部门开具的一年来没有价格违规和违规经营假劣药品的证明材料；9.人力资源和社会保障部门规定的其他材料。

五、申请书一式两份，其他材料一式一份。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 营业执照号 | |  | 法人代表 |  |
| 所有制形式 | |  | 邮政编码 |  |
| 单位地址 | |  | | |
| 联系人 | |  | 联系电话 |  |
| 药店经营许可证号 | |  | | |
| 单位开户银行账号 | |  | | |
| 人员构成 | 药学技术人员数 | 其中：  高级职称\_\_中级职称\_\_初级职称\_\_ | | |
| 营业人员数 |
| 其他人员数 |
| 合计 |
| 申请内容 | (申请单位印章)  法人代表签字 年 月 日 | | | |
| 市（县区）医疗保险经办机构意见 | (印章)  年 月 日 | | | |