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、定点零售药店申请表;2、药品经营许可证、营业执照和法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件;申请新增定点零售药店的,零售药店证、照名称一致;3、执业药师资格证书或药学技术人员相关证书及其劳动合同复印件;4、医保专(兼)职管理人员的劳动合同复印件;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、医疗机构房屋产权证明或租赁合同(营业面积原则上不低于100平方米)、平面布局图、营业场所门头和店内营业环境图片真实照原件及复印件;9、最近三个月药品及医用耗材进销存台账及发票;

10、药品经营品种及价格清单(连锁门店可由总公司统一

提供）；11、国家、省、市医保局规定的其他材料。

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 | | | |