附件4

零售药店申报基本医疗保险定点协议管理申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 药店成立时间 |  |
| 营业执照统一社会信用代码 |  | 药品经营许可证号 |  |
| 药品经营许可证发证时间 |  | 药品经营许可证到期时间 |  |
| 法定代表人 |  | 法人代表身份证号 |  |
| 法人联系方式 |  | 邮政编码 |  |
| 执业许可行政部门 |  | 经济类型 |  |
| 营业地址行政区划 |  | 是否设立医保/非医保专区，并有明确标示 |  |
| 药店负责人 |  | 联系方式 | 电话 |  |
| 手机 |  |
| 药店地址 | \_\_\_\_省\_\_\_\_市\_\_\_\_区 |
| 药店用房建筑面积 |  | 套内实际使用面积 |  |
| 是否经营中药饮片 |  | 医保目录内药品计划经营品种数量 |  |
| 单位用房性质 |  |
| 是否建立药品进销存信息系统 |  | 近1年是否按时足额缴纳社保费 |  |
| 近1年内有无行政处罚记录 |  | 近1年内有无药品质量方面违法行为 |  |
| 执业药师 人 | 从业药师 人 | 其他药师 人； | 药师总数 人 |
| 执业中药师 人 | 从业中药师 人 |
| 24小时服务方式 | 夜间小窗口 |
| 24小时服务电话： |
| 工作人员参加社会保险情况 | 总人数 |  | 参保人数 |  |
|
| 参保情况说明 |  |
|
| 已设主要管理制度、工作台帐名称 |  |
|
|
|
| 申请日期及时间 年 月 日 时: 分 |
| 单位承诺 | 本单位承诺：所有上传填报的资料全部真实完整、合法、有效，如因违反上述承诺造成的任何后果或不良影响，本单位一律自行承担责任。法人签字： 单位公章： |