

附件 2

# 定点零售药店协议管理 申 请 表

申请单位\_\_\_\_\_

申请时间\_\_\_\_\_

## 四川省医疗保障事务中心印制

### 填写说明

一、本表采用打印版，要求内容真实。

二、提交本申请书时，附以下申请材料：

- （1）药品经营许可证及工商营业执照正、副本；
- （2）法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证；
- （3）至少 1 名驻店药师执业药师资格证书（或药学技术人员资格证书）及其有效劳动合同；
- （4）至少 2 名医保专（兼）职管理人员有效劳动合同；
- （5）与医保政策对应的医保药品管理制度、财务管理制度、医保人员管理制度、统计信息管理制度、医保费用结算制度、进销存管理制度；
- （6）与医疗保障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）省级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

以上申请材料需提供原件及复印件（加盖公章）。

办理地址：成都市锦江区永兴巷 15 号 1 号楼四川省医疗保障事务中心办事大厅。

电话：028-86523372

|             |       |      |                |                                                                                                                    |          |
|-------------|-------|------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 零售药店名称      |       |      |                |                                                                                                                    |          |
| 统一社会信用代码    |       |      | 药品经营许可证号       |                                                                                                                    |          |
| 所有制形式       |       |      | 药店性质           | 直营 <input type="checkbox"/> 加盟 <input type="checkbox"/><br>单体 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> |          |
| 企业负责人       | 姓名:   |      | 联系电话           |                                                                                                                    |          |
|             | 身份证号: |      |                |                                                                                                                    |          |
| 实际控制人       | 姓名:   |      | 联系电话           |                                                                                                                    |          |
|             | 身份证号: |      |                |                                                                                                                    |          |
| 法定代表人       | 姓名:   |      | 是否独立法人         | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>                                                              |          |
|             | 身份证号: |      |                |                                                                                                                    |          |
| 医保管理工作负责人   | 姓名:   |      | 联系电话           |                                                                                                                    |          |
| 医保管理工作专职人数  |       |      | 医保管理工作兼职人数     |                                                                                                                    |          |
| 药店地址        |       |      | 营业面积           | 平方米                                                                                                                |          |
| 基本账户开户银行及账号 |       |      |                |                                                                                                                    |          |
| 药师配置情况      | 姓名    | 身份证号 | 资格证书类型及编号、发证日期 | 注册地                                                                                                                | 劳动合同有效时限 |
|             |       |      |                |                                                                                                                    |          |
|             |       |      |                |                                                                                                                    |          |
| 医保管理人员      | 姓名    | 身份证号 | 专（兼）职          | 劳动合同有效时限                                                                                                           |          |
|             |       |      |                |                                                                                                                    |          |
|             |       |      |                |                                                                                                                    |          |
| 药店许可经营范围    |       |      |                |                                                                                                                    |          |
| 上级公司名称及地址   |       |      |                |                                                                                                                    |          |

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |  |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--|
| <p>申请承诺</p> | <p>本机构自愿申请承担医疗保障服务，并严格遵守医疗保障有关管理规定，对所提交资料的真实性负责，如有虚假不实，本机构将承担由此带来的一切法律、经济等方面的后果及责任。</p> <p>本机构已认真阅读国家医疗保障局令（第3号）申请定点相关要求，无第十一条不予受理情形；已认真阅读四川省医疗保障事务中心有关医疗保障定点零售药店协议管理要求，承诺在申请纳入协议管理后严格遵守协议管理的各项要求。</p> <p style="text-align: center;">法定代表人签字：<br/>单位盖章：</p> <p style="text-align: right;">年    月    日</p> |             |  |
| <p>联系人</p>  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p>联系电话</p> |  |

风险提示：申请定点的零售药店有可能存在前期经费投入，当评估不合格时可能会产生经济损失。