附件2：

大理州医疗保障定点零售药店

申

请

表

所属地区名称

申请单位

申请时间

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药店名称 | |  | | | |
| 营业执照号 | |  | | 法定代表人 |  |
| 主要负责人 |  |
| 经营形式  （连锁、单体） | |  | | 邮政编码 |  |
| 单位地址 | |  | | | |
| 联系人 | |  | | 联系电话 |  |
| 药品经营许可证号 | | |  | | |
| 运营时间（最少3个月） | | |  | | |
| 单位开户银行及帐号 | | |  | | |
| 人  员  构  成 | 取得执业药师资格证书或具有药学、临床药学、中药学专业技术资格证书的药师数 | | 其中注册在药店且签订1年以上劳动合同且在合同期内的药师：  执业药师资格证书药师 人 ；  药学专业技术资格证书药师 人；  中药学专业技术资格证书药师 人 ；  （注：不少于1人） | | |
| 熟悉医疗保障法律法规和相关制度规定的专（兼）职医保管理人员 | | 熟悉医疗保障法律法规和相关制度规定的专（兼）职医保管理人员，并签订1年以上劳动合同且在合同期内的人数： 人。  （注：不少于2名。） | | |
| 其他人员数 | |  | | |
| 合 计 | |  | | |
| 现 场  核 查  情 况 | 核查人： 日期： 年 月 日 | | | | |
| 评 估  小 组  意 见 | 日期： 年 月 日 | | | | |
| 经 办  机 构  意 见 | （印章）  日期： 年 月 日 | | | | |

填 表 说 明

一、该表用钢笔填写，要求字迹工整清楚，内容真实。

二、提交本申请表时，需附以下材料并加盖公章：

（一）《药品经营许可证》、《营业执照》的正、副本复印件；

（二）法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件；

（三）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；

（四）医保专（兼）职管理人员的劳动合同复印件；

（五）与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本；

（六）与医保有关的信息系统相关材料；

（七）纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

（八）省级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料；

（九）遵守国家、省、州有关医疗服务、药品经营及价格管理的政策法规的承诺书。