

附件 2

## 药品医保目录归属认定申请表

药品通用名		药品商品名 (选填)	
注册剂型		规格	
有效批准 文号		首次上市时间	
生产企业名称		医保药品分类 与代码	
认定申请 理由			
申请人信息	联系人		电话
	单位		传真
	电子邮箱		
	通讯地址		

填表日期 年 月 日

申请单位公章或申请人签字(以个人名义申请)