

附件3

____年度门诊慢特病定点零售药店申请表

申请单位名称_____

申请类别_____门诊慢特病定点零售药店_____

申请时间_____

填写说明

一、该表填写要求字迹工整清楚，内容真实。

二、零售药店提交本表时，需准备下述材料的扫描件（复印件均需加盖单位公章）：

（一）《药品经营许可证》、营业执照（正副本）、法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件；

（二）房屋权属证书或租房协议书，药店平面布局图；

（三）医保服务协议复印件并加盖公章，原件备查；

（四）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；医疗保障专职管理人员的劳动合同复印件（或盖章版电子扫描件）；

（五）与门诊慢特病药品服务相关的身份认证管理、处方审核管理、药品服务管理、健康档案管理、财务审计管理等内部管理制度文本；

（六）与省医保信息系统数据共享的解决方案；

（七）纳入门诊慢特病定点零售药店管理后使用医保基金的预测性分析报告；

（八）冷链设备通过验证的相关文书或证明材料；

（九）申请门诊慢特病定点零售药店名单信息汇总表；

（十）属地医疗保障部门出具的无违法违规证明。

药店名称			
法定代表人		身份证号	
企业负责人		身份证号	
联系人		联系电话	
经营性质	连锁：直营 <input type="checkbox"/> 加盟 <input type="checkbox"/> 非连锁：个体 <input type="checkbox"/> 有限公司 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>		
年度总收入		年度总支出	
单位地址			
所属市、县			
药品经营许可证号			
经营许可证审批时间		药品经营许可证到期时间	
统一社会信用代码			
国家贯标编码			
近3年内有无行政处罚或稽核处罚记录			
年度定点机构绩效考核分级管理评估结果、信用评价管理情况			
慢性病集采药品种类			
24小时服务	夜间小窗口 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>		
	24小时服务电话：		
经营场地	药店用房建筑面积： 套内实际使用面积： 租赁到期剩余时间：		

单位参保编号			参保时间	
当前参保人数				
人员构成	执业药师数	中药执业师： 人； 西药执业师： 人；		
	从业人员数			
	其他人员数			
	合计			
执业药师姓名				
执业药师 身份证号码				
执业药师 医疗保险参保地				
申请内容		<p>本单位承诺所提交的申请材料真实、合法、有效，承诺遵守社会保险相关法律，无套骗医保基金的行为。如在医疗服务过程中，发现违规违约行为将被取消评选资格且三年内不再提出申请；</p> <p>本人在20 ——20 履职期间，该机构无违规行为。</p> <p>单位名称： (申请单位印章)</p> <p>法定代表人（盖章）： 年 月 日</p>		

统筹区医疗保障
部门意见

(盖章)