附件2

玉 溪 市 医 疗 保 险

定点零售药店申请表

申 请 单 位：

申 请 时 间：

玉溪市医疗保险中心制

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **药店基础信息** | | | | | |
| 药店名称 |  | | | | |
| 药店地址 |  | 邮编 |  | 所属行政区 |  |
| 上级主管部门（连锁店填） |  | 营业执照号 | |  | |
| 药品经营许可证号 |  | 统一社会信用代码 | |  | |
| 法定代表人 |  | 法人身份证号码 | |  | |
| 主要负责人或实际控制人 |  | 主要负责人或实际控制人身份号码 | |  | |
| 公立/非公立 |  | 营利/非营利 | |  | |
| 建筑面积 |  | 联系人姓名 | |  | |
| 联系座机 |  | 联系人手机 | |  | |
| 联系人邮箱 |  | 开户银行 | |  | |
| 开户名称 |  | 银行账号 | |  | |
| 药品种类数 |  | 处方药种类数 | |  | |
| 开始营业日期 |  | 备注 | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **卫生技术人员信息** | | | | | | | |
| 内设科室名称 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 技术类别 | 资格证号 | 第一注册地 | 签订劳动合同时间 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请医保项目（在□内打√）** | | | | | |
| **申请医保服务项目** | **职工基本医疗保险** | □定点药店购药 | □门诊慢病 | □国家谈判药门诊 | □省内异地 |
| □省外异地 |  |  |  |
| **城乡居民基本医疗保险** | □门诊慢病 | □国家谈判药门诊 | □省内异地 | □省外异地 |
|  |  |  |  |