附件3

**档案编号:**

**揭阳市医疗保险  
定点零售药店申请表**

申请单位

联 系 人

职 务

手 机

固定电话

电子邮箱

**揭阳市医疗保障事业管理中心 制**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 药店名称 | |  | | |
| 营业执照号 | |  | | |
| 药品经营许可证号 | |  | | |
| 法人及身份证号 | |  | | |
| 负责人及身份证号 | |  | | |
| 药店地址 | |  | | |
| 所在县区街道（镇） | |  | | |
| 开户银行名称 | |  | | |
| 银行帐号 | |  | | |
| 法定代表人、主要负责人、实际控制人是否被列入失信名单 | | | |  |
| 从业人员 | | 注册在本零售药店的执业药师 人 | | |
| 在本零售药店的其他药学技术人员 人 | | |
| 其他从业人员 人 | | |
| 从业人员**○**是**○**否 签订1年以上劳动合同，**○**是**○**否 购买社会保险 | | | | |
| **○**是**○**否 具备符合医保协议管理要求的信息系统技术和接口标准 | | | | |
| **○**是**○**否 开展药品分类分区管理，并设立明确的医保用药标识 | | | | |
| **○**是**○**否 有医保药品、医保费用结算、医保人员管理制度 | | | | |
| **○**是**○**否 有财务、统计信息管理制度. | | | | |
| 营业时间. | | 每天 个小时，自 时 分至 时 分 | | |
| 经营药品 品种数量 | 类 别 | | 数 量 | | |
| 西药 | | 种 | | |
| 中成药 | | 种 | | |
| 中药饮片 | | 种 | | |
| 药房总面积 平方米 | | | 计算机 台 | | |
| 申请内容及声明 | 本药店愿意承担医疗保险定点服务，并已建立与医保管理相适应的内部管理制度，并承诺实现与医保信息系统有效对接、建立医保药品基础数据库并按规定使用国家和省统一的医保编码，为参保人提供直接联网结算，现申请确认零售药店医疗保障定点资格。本人声明以上填写内容正确无误，所提交的证照和证明材料真实有效。如有虚假，本药店及本人愿意承担由此产生的一切责任。  药店法人签字： （公章）  年 月 日 | | | | |

说 明

一、本申请表一式三份，用黑色钢笔或签字笔填写。

二、申请医疗保险定点零售药店资格确认须提交下列材料（有关证照原件校验无误后当场退还，证照复印件及其他书面材料应加盖申请单位公章）：

（一）《揭阳市医疗保险定点零售药店申请表》（一式三份）。

（二）有效的《营业执照》和《药品经营许可证》副本原件及复印件，法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件。

（三）最近3个月的财务报表。

（四）取得执业药师资格证或药学专业技术资格证书（含临床药学、中药学）且注册地在申请的零售药店的人员名单，并提供相关人员的资格证书的原件及复印件、劳动合同的原件及复印件、身份证复 印件、参保缴费证明。

（五）专（兼）职医保管理的人员名单，并提供相关人员的劳动合同原件及复印件、身份证复印件、参保缴费证明。

（六）营业场所平面图，并能够明确药品分类分区管理。

（七）药店现销售的医疗保险药品目录清单。

（八）与医保有关的信息系统相关材料。

（九）药店内部管理制度等相关书面材料，包括医保药品管理制度、财务管理制度、医保人员管理制度、统计信息管理制度和医保费 用结算制度。

（十）药店购进（配送）、验收、销售等三个环节信息系统录入、查询数据情况的数码截图或照片打印件至少各2张。

（十一）纳入定点后使用医疗保险基金的预测性分析报告

（十二）揭阳定点医药机构三目匹配工作确认表