芜湖市基本医疗保险定点零售药店申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药店名称 | |  | | | | | | | |
| 是否连锁 | | □是 □否 | | | 连锁母公司 | | |  | |
| 营业执照号 | |  | | | 税务登记号 | | |  | |
| 单位地址 | |  | | | | | | | |
| 法定代表人及身份证号 | |  | | | 联系  电话 | |  | | |
| 药店经营许可证号 | |  | | | | | | | |
| 单位开户行及户名 | |  | | 帐号 | |  | | | |
| 医保专管员1 | |  | | 联系  电话 | |  | | | |
| 医保专管员2 | |  | | 联系  电话 | |  | | | |
| 财务专管员 | |  | | 联系  电话 | |  | | | |
| 人  员  构  成 | 执业药师人数 |  | 药师（中药师）人数 |  | | 其他营业人数 | | |  |
| 执业药师姓名 | |  | | | | | | |
| 药师（中药师）姓名 | |  | | | | | | |
| 其他营业人员姓名 | |  | | | | | | |
| 申  请  内  容 | 定代表人签字：  (申请单位印章)  年 月 日 | | | | | | | | |
| 医疗保险经办机构审查意见 | (印章)  年 月 日 | | | | | | | | |

承诺书

本单位承诺不存在《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）或《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号）所列的不予受理定点申请的情形，所提交的定点医药机构申请相关材料真实、合法、有效。如有不实，愿意承担一切责任、后果。

申请单位法定代表人（签章）：

年 月 日

申请单位（签章）：

年 月 日