附件1

定点零售药店申请表

申请单位

申请时间

填 写 说 明

一、该表用钢笔、水性笔填写，要求字迹工整清楚，内容真实。

二、“申请内容”一栏填写内容为“×××药店自愿申请成为XX医疗保障定点零售药店，严格执行医疗保障相关的政策、法规，竭诚为参保人员提供购药服务，并接受医疗保障部门的监督和管理；承诺申请材料内容属实，不存在虚假情况，如存在，愿承担一切后果并自愿放弃本次申请及3年内再次申请资格”。

|  |  |
| --- | --- |
| 零售药店名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 法定代表人 |  | 身份证号 |  |
| 法定代表人电话 |  | 固定电话 |  |
| 主要负责人或实际控制人 |  | 身份证号 |  |
| 主要负责人或实际控制人电话 |  | 单位对外电话 |  |
| 联系人 |  | 联系人电话 |  |
| 营业执照（统一社会信用代码） |  |
| 药品经营许可证号 |  |
| 经营性质 | 连锁公司 □直营 □加盟非连锁公司 □自营直营 □个体 □其他 |
| 连锁公司或母公司名称 |  |
| 陈列区营业面积 | m2 |
| 药店经营范围 |  |
| 经营药品种数情况 | 处方药品种数 | 非处方药品种数 | 经营药品种数合计 |
|  |  |  |
|  年 月至 年 月业务收支情况 （至少3个月） | 药品销售额（元） | 其他销售额（元） |
|  |  |
| 人员构成 | 药学技术人员 | 共 人，其中:执业药师 人。 |
| 医保专（兼）职管理人员 | 共 人 |
| 其他人员 | 共 人 |
|  | 合计 | 共 人 |
| 对公账户开户行名称 |  |
| 户 名 |  |
| 账 号 |  |
| 是否在注册地址正式经营至少3个月 | □是 □否 |
| 是否至少有1名取得执业药师资格证书或具有药学、临床药学、中药学专业技术资格证书的药师，且注册地在该零售药店所在地，药师须签订1年以上劳动合同且在合同期内 | □是 □否 |
| 是否至少有2名熟悉医疗保障法律法规和相关制度规定的专（兼）职医保管理人员负责管理医保费用，并签订1年以上劳动合同且在合同期内 | □是 □否 |
| 是否严格按药品经营质量管理规范要求，开展药品分类分区管理，并对所售药品设立明确的医保用药标识 | □是 □否 |
| 是否具备符合医保协议管理要求的医保药品管理制度、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 | □是 □否 |
| 是否具有符合医保协议管理要求的信息系统技术和接口标准，实现与医保信息系统有效对接 | □是 □否 |
| 信息系统是否具备经营品种管理功能并能真实记录“进、销、存”等情况 | □是 □否 |
| 是否严格执行市场监管局核准的经营范围，对医保支付范围外的商品，是否在经营场所设置非医疗保险服务专区和非医疗保险收费系统 | □是 □否 |
| 是否存在以下情形：未依法履行行政处罚责任的；以弄虚作假等不正当手段申请定点，自发现之日起未满3年的；因违法违规被解除医保协议未满3年或已满3年但未完全履行行政处罚法律责任的；因严重违反医保协议约定而被解除医保协议未满1年或已满1年但未完全履行违约责任的 | □是 □否 |
| 法定代表人、主要负责人或实际控制人是否曾因严重违法违规导致原定点零售药店被解除医保协议，未满5年 | □是 □否 |
| 法定代表人、主要负责人或实际控制人是否被列入失信人名单 | □是 □否 |
| 市级、县级、乡镇级零售药店陈列区营业面积是否达到80、60、40平方米及以上 | □是 □否 |
| 市级、县级、乡镇级零售药店医疗保险服务专区占用面积是否达零售药店陈列区营业面积60%以上 | □是 □否 |
| 申请内容 |  （申请单位印章）法定代表人（主要负责人）签字 年 月 日 |