附件17

**江西省省本级、南昌市医保同城互认**

**零售药店申请书**

申请单位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申请时间\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

江西省医疗保险基金管理中心统一印制

**填 写 说 明**

一、该表填写内容可打印也可用蓝色或黑色水笔填写，要求字迹工整清楚，内容真实。

二、符合医保定点条件并愿意承担医保服务的零售药店，可在规定时间内提出申请，填写《江西省省本级、南昌市医保同城互认定点零售药店申请书》。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 药店名称 |  | 法定代表人 |  |
| 药品经营许可证号 |  | 药品经营许可证取得时间 |  |
| 药品经营质量管理规范认证号 |  | 药品经营质量管理规范认证取得时间 |  |
| 营业执照号 |  | 营业执照取得时间 |  |
| 组织机构代码证号 |  | 所有制形式 |  |
| 单位开户银行及账号 |  |
| 近一年内有无行政处罚记录 |  | 近一年内有无重大药品质量事故 |  |
| 单位地址及所属街道、社区 |  |
|  |
| 是否连锁或加盟店 |  | 营业场所建筑面积 |  |
| 药店用房性质（自有/租赁） |  | 药店用房租赁合同剩余有效期限 |  |
| 配备药品品种量 |  | 药学技术人员数 |  | 医保目录内品种占比 |  |
| 经营药品是否有进、销、存台帐 |  | 营业人员数 |  | 是否按GSP要求进行管理 |  |
| 人员构成情况 | 合计 | 其中：注册执业药师\_\_\_\_\_\_\_\_注册执业中药师\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_药师\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 中药师\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_从业药师\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_从业中药师\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | 其他人员数 |  |
| 是否有远程视频药学服务 |  | 是否参加社会保险并足额缴纳社会保险费 |  |
| 同一药品零售连锁企业中已定点的连锁门店（含加盟店），一年内有无因违规被暂停的，或两年内有无因违规被解除医保服务协议的记录 |  |
| 业 务经办人 |  | 联系电话 |  |
| 信 息管理人 |  | 联系电话 |  |
| 法定代表人证件类型 | （申请单位印章）法定代表人签章：　 年　　月　　日　　 | 法定代表人证件号码 |  |
| 申请单位意见 |  |

附件一

职工花名册

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 年龄 | 技术职称 | 从事药品经营工作年限 | 劳动合同起止年限 | 社保情况 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

附件二

零售药店资格申请所附证件清单

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 证件名称 | 证件编号 | 证明对象 | 是否原件 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

填表单位：（盖章）

法定代表人签字：

日期： 年 月 日