

## 青海省零售药店医疗保障定点纳入申请表

申请单位：

申请时间：

药店名称			
统一社会信用代码		法定代表人	
所有制形式		经营面积	
单位地址			
联系人		联系电话	
药品经营许可证			
开户银行名称			
开户银行账号			
人员 配备 情况	专业技术人员	总数： 人，其中执业药师： 人，药学专业： 人	
	营业人员		
	医保管理人员		
	合 计		
申请 理由	( 单位盖章 )		
	法定代表人签字：		年 月 日

医保 部门 纳入 意见	(单位盖章) 年 月 日
----------------------	-----------------

备注：售药店提交申请时，应提供的材料：1. 《青海省医疗保障零售药店定点纳入申请表》（省医疗保障局门户网站下载）；2. 《药品经营许可证》和《营业执照》（正、副本）和法定代表人身份证；3. 《执业药师资格证书》及其《劳动合同》；4. 医保专（兼）职管理人员的《劳动合同》；5. 与医保政策对应的内部管理制度和财务制度；6. 与医保有关的信息系统相关材料；7. 经营场所房产证明或房屋租赁合同；8. 药品经营品种及价格清单。

以上材料各复印一份，递交时须装订成册。