

附件 2

医疗保障定点零售药店申请表

(参 考 模 板)

申请单位：_____

申请时间： 年 月 日

填写说明

- 一、本表采用打印版，要求内容真实。
- 二、劳动合同有效时限填写劳动合同签订日期及合同期限。

医疗保障定点零售药店申请表

药店名称								
社会统一信用代码				药品经营许可证号				
所有制形式				药店性质	直营 ☐ 加盟 ☐ 单体 ☐ 其他 ☐			
企业负责人				联系电话				
	身份证号							
实际控制人				联系电话				
	身份证号							
法定代表人				是否独立法人	是 ☐ 否 ☐			
	身份证号							
医保管理工作负责人				联系电话				
医保管理工作专职人数				医保管理工作兼职人数				
药店地址								
营业面积	平方米			基本账户开户银行及账号				
药师配置情况	姓名	性别	年龄	技术资格	发证日期	证书编号	注册地	劳动合同有效时限
医保管理人员	姓名	身份证号		专（兼）职	劳动合同有效时限			

