附件3

2023年度泽普县基本医疗保险

门诊慢性病、特药定点零售药店

信息登记表

申请单位名称

申请类别 □门诊慢性病 □门诊特药

申请时间

填写说明

一、该表填写要求字迹工整清楚，内容真实。

二、“申请类别”分别选择“门诊慢性病”、“门诊特药”。

三、[零售药店提交本登记表时，需同时准备下述材料的复印件（复印件均需加盖单位公章）](mailto:三、医疗机构提交本申请书时，需同时准备下述材料的复印件（复印件均需加盖单位公章），并将原件扫描成PDF文档发送至ygk4680653@163.com) ：

（一）营业执照副本、《药品经营许可证》副本、法定代表人身份证、执业药师资格证、注册证书、房屋产权证明或房屋租赁合同；

（二）申报药店的地理位置图和平面布局图，以及本药店申报慢性病或特药定点的情况说明；

（三）药店慢性病相关药品种类统计表或特药药品目录表；

（四）药店人员花名册、2022年度财务报表、2022年度纳税证明、2022年度企业缴纳医疗保险证明材料；

（五）国家企业信用信息公示系统内无违规的截图；

（六）申报特药定点的药店还需提供以下资料：

1.冷链设备通过验证的相关文书；

2.6个月内“双通道”药品销售种类、数量、金额明细表（加盖公章的纸质材料、电子表格）；

3.申请时“双通道”药品配备种类、数量、金额明细表（加盖公章的纸质材料、电子表格）。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药店名称 | |  | | | | | | |
| 法人代表 | |  | | 身份证号 | |  | | |
| 负责人 | |  | | 身份证号 | |  | | |
| 联系人 | |  | | 联系电话 | |  | | |
| 经营性质 | | 连锁：直营□加盟□  非连锁： 个体□ 有限公司□ 其他□ | | | | | | |
| 年度总收入 | |  | | 年度总支出 | |  | | |
| 单位地址 | |  | | | | | | |
| 所属区县 | |  | | | | | | |
| 药品经营许可证号 | |  | | | | | | |
| 经营许可证审批时间 | |  | 药品经营许可证到期时间 | | | |  | |
| 统一社会信用代码 | |  | | | | | | |
| 国家贯标编码 | |  | | | | | | |
| 近1年内有无行政处罚记录 | |  | 医保目录内慢性病药品经营品种数 | | | |  | |
| 慢性病集采  药品种类 | |  | 特药备药种类 | | | |  | |
| 24小时服务 | | 夜间小窗口 有□ 无□ | | | | | | |
| 24小时服务电话： | | | | | | |
| 经营  场地 | | 药店用房建筑面积:  套内实际使用面积:  是□ 否□ 租赁 | | | | | | |
| 单位参保编号 | |  | | | 参保时间 | | |  |
| 当前参保人数 | |  | | | | | | |
| 人  员  构  成 | 执业药师数 | 中药执业师： 人；  西药执业师： 人； | | | | | | |
| 从业人员数 |  | | | | | | |
| 其他人员数 |  | | | | | | |
| 合计 |  | | | | | | |
| 执业药师姓名 | |  | | | | | | |
| 执业药师身份证号码 | |  | | | | | | |
| 执业药师社会保险参保地 | |  | | | | | | |
| 申  请  内  容 | | 本单位承诺所提交的申请材料真实、合法、有效，承诺遵法社会保险的相关法律，无套骗医保基金的行为。本单位承诺不使用个人账户售卖非药品；如在医疗服务过程中，发现违规违约行为将被取消定点资格且三年内不再申请；  本人在20 ——20 履职期间，该机构无违规行为。  单位名称： （申请单位印章）  法人代表签字： 年 月 日 | | | | | | |