附件 2

河北省医疗保障定点零售药店申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 零售药店名称（公章） |  | 营业地址 |  |
| 营业执照统一 社会信用代码 |  | 经营类型（是否为连锁企业） |  |
| 药品经营许可证号 |  | 药品经营许可证 起始及效期 |  |
| 法定代表人 | 姓名身份证号联系电话 | 营业面积 | 建筑面积：使用面积： |
| 医疗保障负责人 | 姓名电话 | 用房产权性质 | 自有□ 租赁□ |
| 是否设立医保专区 |  | 是否建立药品进销 存系统 |  |
| 近 1 年是否足额 缴纳社保费 |  | 近 1 年内有无药品质量违法行为及行政处罚记录 |  |
| 银行账户名称 |  | 银行账户号码 |  |
| 开户银行 |  | 银行行号 |  |
| 职工总人数 |  | 参保人数 |  |
| 执业药师（西）： 人，姓名：执业药师（中）： 人，姓名： | 距最近定点 零售药店距离 | 米 |
| 药品种数 | 西药：中成药：中药饮片： | 医保目录内药品种数 | 西药：中成药：中药饮片： |
| 经营范围 | 西药+中成药□ 中药饮片□ 保健品 □ 医疗器械：一类□ 二类□ |
| 申请前 3 个月营业额(万元) |  |
| 管理制度及工作 台账建设情况 |  |

填表日期： 年 月 日

以下内容由经办机构填写

|  |  |
| --- | --- |
| 申请材料核查 | 经办人：年 月 日 |
| 考察情况 | 经办人：年 月 日 |
| 评估结果 | 经办人：年 月 日 |
| 备 注 |  |