

附件 2:

开封市基本医疗保险协议管理 零售药店申请表

单位名称: _____

申请日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

开封市医疗保障局统一印制

填写说明

- 一、本表用钢笔填写，要求字迹工整清楚，内容真实。
- 二、“申请内容”一栏由零售药店填写申请定点资格的意向。
- 三、市、县（区）医疗保障部门按照审批要求，对申报定点进行审批。县（区）区医疗保障部门对本区域内获批的定点医药机构需在5个工作日内上报市医疗保障部门予以备案。
- 五、申请表一式三份，县（区）医疗保障部门和医疗机构各执一份，上报市医疗保障部门备案一份。

药店名称			
营业执照号		法定代表人或 负责人	
所有制形式		邮政编码	
单位地址			
医保联系人		联系电话	
药品经营许可证号			
单位开户银行		帐号	
人 员 构 成	药学技术 人员数	其中： 高级职称：_____ 中级职称：_____ 初级职称：_____	
	营业人员数		
	其他人员数		
	合计		
申 请 内 容	(申请单位印章) 法定代表人或负责人签字： 年 月 日		
医 疗 保 障 部 门 意 见	 (印 章) 年 月 日		

