附件2：

宿 州 市 基 本 医 疗 保 险

协议零售药店申请书

申请单位 ：

申请时间 ：

宿州市医疗保障局统一印制

**填 写 说 明**

一、“申请内容”一栏由药店填写申请协议资格的意向；最后一栏由市医疗保险经办机构负责填写。

二、零售药店提交本申请书时，应附以下材料（复印材料均需加盖公章）：

1.药品经营许可证（GSP）正副本复印件及变更记录，营业执照的正、副本复印件；

2.药师以上药学技术人员的职称证明材料（包括执业药师资格证及注册证明材料）；其他药品从业人员的经市药品监督管理部门培训合格证明材料；

3.反映上一年度业务收支情况的财务报表及医疗保险服务能力的证明材料（如：基本医疗保险药品目录内药品、慢性病用药的备药率等）；

4.营业用房的房产证明材料（租用场所经营的，提供租房合同复印件）；

5.卫生健康和市场监管等部门颁发的合格证明材料；

6.医保经办机构要求提供的其他材料（包括签订的劳动合同及缴纳社会保险的相关证明等）。

三、申请书一式三份，市级经办机构、县区医保部门和药店各一份。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药店名称 | |  | | | | | | | | | |
| 营业执照号 | |  | | | | 法人代表 | | |  | | |
| 所有制形式 | |  | | | | 联系人及电话 | | |  | | |
| 单位地址 | | | |  | | | | | | | |
| 药品经营许可证号 | | | |  | | | | | | | |
| 单位开户银行及账号 | | | |  | | | | | | | |
| 参加社会保险情况 | | | |  | | | 营业面积 | | |  | |
| 从业药师及工作人员基本情况 | 姓名 | | 是否为执业药师/药师 | | 职称（或职务） | | | 工作时间 | | | 专职或兼职 |
|  | |  | |  | | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  |
| 申  请  内  容 | 法定代表人签字 （申请单位印章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 县区医保部门意见 | （印 章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 市医保经办机构审核意见 | （印 章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |