附件1

北京市医疗保障定点零售药店

申 请 表

**申请单位：**

**申请时间：**

北京市医疗保障定点零售药店申请表（一）

|  |  |
| --- | --- |
| 零售药店名称 |  |
| 营业执照类型 |  | 成立时间 |  |
| 统一社会信用代码 |  |
| 法定代表人 | 姓名 |  | 联系方式 |  |
| 身份证号 |  |
| 企业负责人 | 姓名 |  | 联系方式 |  |
| 身份证号 |  |
| 实际控制人 | 姓名 |  | 联系方式 |  |
| 身份证号 |  |
| 药品经营许可证证号 |  | 发证机关 |  |
| 发证日期 |  | 有效期截止日期 |  |
| 经营方式 |  | 经营类型 |  |
| 经营范围 |  | 经营面积 |  平方米 |
| 经营模式 | 连锁直营门店☐ 同一法人多个单体零售药店☐ |
| 注册地址 |  |
| 仓库地址 |  |
| 单位开户银行及账号 |  |
| 法定代表人是否担任其他定点医药机构法人 |  | 是否独立法人 |  |
| 连锁总部名称 |  | 连锁总部地址 |  |
| 营业地址行政区划 |  | 经营药品品种数量 |  |
| 药店负责人姓名 |  | 医保目录内药品数量 |  |
| 药店负责人手机号 |  |
| 是否配备专（兼）职医保管理人员 |  |
| 是否具备与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度 |  |
| 是否建立药品进销存信息系统 |  |
| 是否设立医保/非医保专区，并有明确标示 |  |
| 是否经营中药饮片 |  |
| 是否具有符合医保协议管理要求的信息系统 |  |
| 执业药师 |  人 | 执业中药师 |  人 |
| 从业药师 |  人 | 从业中药师 |  人 |
| 其他药师 |  人 | 药师总人数 |  人 |
| 已设主要管理制度、工作台账名称 |  |
| 单位承诺 | 本单位承诺：所有上传填报的资料全部真实完整、合法、有效，如因违反上述承诺造成的任何后果或不良影响，本单位一律自行承担责任。法定代表人签字： 单位公章：年 月 日 |

|  |
| --- |
| 北京市医疗保障定点零售药店申请表（二） |
| 人员情况登记表 |
| 序号 | 姓名 | 身份证号 | 在本店职务 | 职称 | 工资表情况（领取工资起止时间） | 劳动合同首次签订时间 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 北京市医疗保障定点零售药店申请表（三） |
| 药学技术人员情况表 |
| 序号 | 姓名 | 执业药师/药师 | 执业药师/药师资格证编号 | 执业药师注册证编号 | 执业药师注册地 | 在本药店执业起始时间 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 北京市医疗保障定点零售药店申请表（四） |
| 在售药品统计表 |
| 西药 | 中成药 | 中药饮片 |
| 数量合计 | 医保目录内品种数量 | 医保目录外品种数量 | 数量合计 | 医保目录内品种数量 | 医保目录外品种数量 | 数量合计 | 医保目录内品种数量 | 医保目录外品种数量 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 综合合计 |  |

备注：根据《北京市基本医疗保险 工伤保险和生育保险药品目录》，按照药品通用名统计。

|  |
| --- |
| 北京市医疗保障定点零售药店申请表（五） |
| 近5年主营业务开展情况表 |
| 自——至——（月） | 总零售额（元） | 西药零售额（元） | 中成药零售额（元） | 中药饮片零售额（元） | 其他零售额（元） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |

北京市医疗保障定点零售药店申请表（六）

|  |  |
| --- | --- |
| 药品连锁企业总部填写（说明申请门店是否为本企业直营门店） |  （盖章） |
| 法人代表或负责人签字： 年 月 日 |
| 上级主管部门意见 |  （盖章） |
| 法人代表或负责人签字： 年 月 日 |