江门市基本医疗保险“双通道”

试点药店申请表

申请单位：

申请时间：

**填 写 说 明**

一、该表用钢笔填写，要求字迹工整清楚，内容真实。

二、“申请内容”一栏由定点零售药店填写申请意向。

三、最后一栏由属地医保经办机构负责填写。

四、定点零售药店向属地医保经办机构提交申请书时，要附加以下材料：

（一）《江门市基本医疗保险“双通道”试点药店遴选承诺书》（定点零售药店自行提交）。

（二）药品管理、信息管理制度纸质材料并加盖公章。

（三）定点零售药店和连锁总部（或集团总部）的工商营业执照复印件（加盖申请定点零售药店公章）。

（四）定点零售药店在岗执业药师的药师资格证、注册证和身份证的复印件（加盖公章）。

（五）连锁总部（或集团总部）取得《药品经营许可证》，遵守药品经营质量管理规范，注册资金达500万以上的证明材料。

（六）连锁总部（或集团总部）的药品物流配送中心产权或租赁证明。

（七）连锁总部（或集团总部）配送中心的冷藏车车辆行驶证或租赁证明。

（八）连锁总部（或集团总部）配送中心冷藏设施设备清单、图片等有关材料。

（九）申请前一个月的冷链交接单。

（十）经销场所和连锁总部（或集团总部）的冷链管理体系制度和应急保障制度纸质材料。

（十一）经销场所、符合冷链要求的存储使用区域、储存设备等图片。

（十二）能反映药品进货、销售和库存环节的电脑统计截图资料。

（十三）在广东省内其他地市取得某项“外购谈判药”医保统筹基金结算资格的相关材料（非必须资料，未提交视为无）。

（十四）连锁总部（或集团总部）取得“外购谈判药”生产厂家经销权的相关资料（包括生产企业开具的书面证明或合同、协议等），已销售的提供销售单据（非必须资料，未提交视为无）。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 定点零售药店名称 | |  | | | |
| 营业执照号 | |  | | 法人代表 |  |
| 所有制形式 | |  | | 邮政编码 |  |
| 单位地址 | |  | | | |
| 联 系 人 | |  | | 联系电话 |  |
| 药品经营许可证号 | | |  | | |
| 药品经营质量管理规范认证  证书证号 | | |  | | |
| 单位开户银行及账号 | | |  | | |
| 人员构成 | 药学技术人员数 | | 其中：执业药师 名  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）  法人代表签字： 年 月 日 | | | | |
| 经办部门意见 | （经办单位印章）  年 月 日 | | | | |