

附件 1

## 定点零售药店纳入门诊统筹申请表

零售药店名称		成立日期	
统一社会信用代码		机构国家编码	
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		经济类型	
经营范围			
注册地址			
仓库地址			
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			
是否配有专（兼）职医保管理人员			
是否建立与医疗保障政策对应的医保药品管理、财务管理、人员管理、信息管理、人证相符以及医保费用结算制度			

