

# 武汉市基本医疗保险门诊重症（慢性） 疾病定点零售药店试点申请表

所属辖区：

结算编号：

申请单位（章）：

申 请 时 间： \_\_\_\_\_

武汉市医疗保险中心制

|                            |                         |       |            |       |
|----------------------------|-------------------------|-------|------------|-------|
| 基<br>本<br>情<br>况           | 单位名称                    |       |            |       |
|                            | 单位地址                    |       |            |       |
|                            | 法定代表人（企业<br>负责人）姓名      |       | 联系电话       |       |
|                            | 店长姓名                    |       | 联系电话       |       |
|                            | 从业人员总人数                 |       | 是否签定劳动合同   | 是□ 否□ |
|                            | 总建筑面积                   |       | 医保业务用房建筑面积 |       |
|                            | 药品经营许可证登记号              |       | 统一信用<br>代码 |       |
|                            | 是否新冠疫情防控期间临<br>时定点的重症药店 | 是□ 否□ |            |       |
| 以上内容由定点药店填写                |                         |       |            |       |
| 资<br>格<br>审<br>核<br>情<br>况 | 初审结果                    |       |            |       |
|                            | 资料初审人                   | 签名：   |            |       |
|                            | 现场勘验结果                  | 年 月 日 |            |       |
|                            | 现场勘验人                   | 签名：   |            |       |
|                            | 药店负责人签名：<br><br>年 月 日   |       |            |       |

