

附件 2

宜兴市社会医疗保险 定点零售药店申请书

申请单位:_____

申请时间:_____

宜兴市医疗保险管理中心印制

填表承诺

本机构自愿承担宜兴市社会医疗保险服务，申请成为医疗保险定点零售药店，并对以下事项及申请表填写内容的真实性作出承诺。

1、承诺知晓申请定点的相关流程和要求，所提供的材料真实完整。

2、承诺本机构自申请定点之日前一年内没有被卫健、市场监管、公安等行政部门行政处罚（药品抽验案件除外）的记录，且未发生过重大医疗事故。如提供的材料与事实不符，将承担提供虚假材料所造成的一切后果。

3、如签订服务协议，承诺严格按医疗保险政策和协议要求规范提供医疗保险服务，如有违规行为，将承担相应责任。主动配合医疗保险管理部门完成系统对接、安装视频监控并接受监督。

法定代表人签字：

（单位印章）（法定代表人印章）

基本信息及人员信息

单位名称					
单位地址					
组织机构代码			开业时间		
执业许可证号			最近一次校验时间		
法定代表人			是否连锁	是 ☐ 否 ☐	
医保联系人			联系电话	QQ:	
执业药师			药师		
工作人员总数	名	药师	名	其他人员	名
供应药品种数			其中：医保药品种数		

业务收支情况表

项目	金额
业务总收入（万元）	
药品收入（万元）	
其他收入（万元）	
业务总支出（万元）	

注：填写开业以来的合计数。

社会保险登记情况及参保缴费汇总

机构是否参加社会保险	是□否□	首次登记日期	
申请时本机构名下实有参保缴费人数			
在本机构连续参保缴费人数	2 年及以上	1-2 年	不足 1 年
	人	人	人

社会保险参保缴费名单

姓名	居民身份证号码	社会保险 个人编号	在本机构缴 费起始年月	申请当月 缴费基数

注:不足填写时可另附名单。

申请内容、勘察情况及评估意见

申请内容	(本栏由医疗机构填写) (申请单位印章) 法定代表人签字：年月日
医保经办管理部门评估意见	(印章) 年月日