附件3

**济宁市基本医疗保险定点零售药店**

**申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药店名称 | | |  | | | | | | | | | |
| 详细地址 | | |  | | | | | | | | | |
| 经营形式 | | | 连锁（ □ 直营、 □ 加盟）、 □单体 | | | | | | | | | |
| 药品经营许可证号码及批复时间 | | | | | |  | | | | | | |
| 负责人 | | |  | | | | | 联系电话 | |  | | |
| 工作人员 | | | 人 | 药 师 | 人 | | | 药店建筑面积 | |  | | |
| 上年度业务收入 | | | |  | | | | 药品品种 | |  | | |
| 工作人员参加医疗保险情况 | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | | 身份证号码 | | | 养老 | | 医疗 | | 工伤 | | 失业 | 生育 |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
| 申  请  内  容 | （申请单位印章）  法人代表签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 医  疗  保  障  经  办  机  构  意  见 | （印章）  负责人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |