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 |