

附件 4

省直门诊统筹药店申请书

省医保中心:

1.连锁药店填写:

_____ (连锁总部名称),
家药店 (名单附后, 包含名称、地址、联系人、电话)。

2.单体药店填写:

_____ (机构名称)为济
南市医疗保险定点零售药店 (国家码_____, 六位编
码_____), 位于_____ (具体位置)。

为济南市医保定点零售药店, 已纳入济南市职工门诊统
筹药店管理, 现自愿申请纳入省直门诊统筹药店管理, 承诺
按照要求完成药店端医保结算系统相关配套改造, 完成店内
进销存系统与电子处方平台对接、与医保编码对码映射, 并
完成省直医保服务协议签订等工作, 逾期未完成自动退出门
诊统筹结算管理。

联系人:

电 话:

药店 (公章):

法定代表人 (委托代理人) 签字:

年 月 日