附件4

曲靖市医保定点医药机构一般信息变更申请表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 定点医药机构名称（盖章） | | 医保编码： |
| 项目 | 变更前 | 变更后 |
| 国家医疗保障信息业务编码标准数据库定点医疗机构（零售药店）代码 |  |  |
| 许可证证号 |  |  |
| 注册地址 |  |  |
| 诊疗科目（药品经营范围） |  |  |
| 主要负责人或实际控制人 |  |  |
| 医疗机构等级 |  |  |
| 机构性质 |  |  |
| 收费类别 |  |  |
| 批准床位（经营面积） |  |  |
| 开户银行 |  |  |
| 开户名称 |  |  |
| 银行账号 |  |  |
| 联系电话 |  |  |
| 医药机构地址 |  |  |
| 其他 |  |  |
| 医保维护人员签字： |  | 日期： |
| 医保审核人员签字： |  | 日期： |