

附件 4

定点医药机构协议履行状态变更申请表

单位名称（公章）：

填表时间： 年 月 日

医药机构名称		
统一社会信用代码		
医药机构医保编码		
协议履行状态变更类型		
□中止协议	中止协议 起止时间	年 月 日 至 年 月 日
	中止原因	
□终止协议	终止协议 起始时间	年 月 日起
	终止原因	
□恢复协议	恢复协议 起始时间	年 月 日起
定点医药机构 经办人	姓名	
	联系电话	
医保经办机构 审核意见	经办人： _____ （受理部门盖章） 年 月 日	

重要提示：按照《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号）规定：定点医药机构中止医保协议时间原则上不得超过180日，超过180日未提出继续履行医保协议申请的，原则上医保协议自动终止。