附件2

药品医保目录归属认定申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药品通用名 |  | | 药品商品名（选填） | |  | |
| 注册剂型 |  | | 规格 | |  | |
| 有效批准  文号 |  | | 首次上市时间 | |  | |
| 生产企业名称 |  | | 医保药品分类与代码 | |  | |
| 认定申请  理由 |  | | | | | |
| 申请人信息 | 联系人 |  | | 电话 | |  |
| 单位 |  | | 传真 | |  |
| 电子邮箱 |  | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | |

填表日期 年 月 日 申请单位公章或申请人签字（以个人名义申请）