|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 海口市定点药店社会保障卡应用申请表 | | | | | | |
| 申请时间： 年 月 日 | | | | | | |
| 药店名称 |  | | | | | |
| 药店地址 |  | | | | | |
| 统一社会信用代码 |  | | | | | |
| 药店医保专网IP |  | | 法定代表人姓名 | |  | |
| 法定代表人身份证号 |  | | 联系电话 | |  | |
| 药店联系人姓名 |  | | 联系电话 | |  | |
| 药店社保卡应用申请信息 | 应用系统名称 |  | | | | |
| 应用系统开发商 |  | | | | |
| 申请使用社保卡应用资源 | 1. 连通测试 2. 社保卡鉴权、内部认证、实体卡服务 | | | | |
| 社保卡读卡器领取信息  （\*） | 品牌 |  | | 型号 |  | |
| 读卡器机身号 |  | | | | |
| 申请单位  承诺 | 本单位承诺：  1.所有填报的资料全部真实、完整、合法、有效，如因违反上述承诺造成的任何后果或不良影响，本单位一律自行承担责任；  2.遵守《保密法》、《网络安全法》及其它法律法规的有关规定，承担保守国家秘密的义务，承担对我方人员进行保密教育、管理的义务，采取有效措施确保社保卡应用信息的保密和安全，对因我方关联单位而造成的任何保密信息泄露承担连带责任；  3.妥善保管社保卡读卡器避免遗失，禁止人为破坏和转借第三方使用。  法人(药店负责人)签字： 单位公章： | | | | | |
| 备注：  1.药店联系人持申请表及本人身份证原件现场领取社保卡读卡器，地址：海口市西沙路4号劳动大厦3楼311室，联系电话：0898-66755382；  \*2.“社保卡读卡器领取信息”在领取现场由工作人员填写；  3.医保专网药店端IP可联系海口市社保局医疗科获取，电话：0898-66529412；  4.本表可登录海口市人力资源和社会保障局官网搜索或扫描右方二维码下载。 | | | | | | S:\中心工作\定点药店社保卡应用\海口市定点药店社会保障卡应用申请表（市人社网站链接二维码）.png海口市定点药店社会保障卡应用申请表（市人社网站链接二维码） |