|  |
| --- |
| **药品价格调整申请表** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **药品医保编码** | **通用名** | **剂型** | **规格** | **包装** | **生产企业** | **申报企业** | **中标/挂网价** | **申请调整价格** | **价格来源** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1、须提供盖公章原件。

1. 申请调整价格填写现行全国最低价，价格来源填写省级平台名称。

**申请企业（盖章）：**

 **申请日期： 年 月 日**