|  |
| --- |
| 基本医疗保险职工参保信息变更登记表 |
|   |
| 单位名称： 单位编码： 联系电话： □关键信息 □非关键信息 年 月 日 |
| 序号 | 身份证件号码 | 姓名 | 变更项目 | 变更前 | 变更后 | 签字 | 备注 |
| 1 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 4 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 5 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 6 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 单位经办人（签章） | 　 | 单位意见（盖章） | 　 | 经办机构意见 | 　 |
| 备注：灵活就业人员无需单位盖章和填写单位信息 |