基本医疗保险职工参保信息变更登记表（样表）

单位名称：巴中市XXX 单位编码：XXXXXXXXXXXXXXX 联系电话： 1XXXXXXXXXX ☑关键信息 □非关键信息 XX 年 XX 月 XX 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 | 513XXXXXXXXXXXXXXX | XXX | 电话号码 | 18XXXXXXXXX | 13XXXXXXXXX | XXX |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 单位经办人（签章） | XXX | 单位意见（盖章） | XXXXXX | 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