基本医疗保险参保单位信息变更登记表（样表）

单位编码：XXXXXXXXXXXXXXX 填报日期：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 原登记事项 | | | | 变更事项 | |
| 单位名称：巴中市XXXXXX | | | | 单位名称：巴中市XXXXXX | |
| 住所（地址）：XX市XX区XX街XX号 | | | | 住所（地址）：XX市XX区XX街XX号 | |
| 单位类型：行政机关 | | | | 单位类型：行政机关 | |
| 法定代表人（负责人） | 姓名 | | XXX | 姓名 | XXX |
| 身份证件号码 | | 513XXXXXXXXXXXXXXX | 身份证件号码 | 513XXXXXXXXXXXXXXX |
| 联系电话 | | 1XXXXXXXXXX | 联系电话 | 1XXXXXXXXXX |
| 缴费  单位  经办人 | 姓名 | | XXX | 姓名 | XXX |
| 联系电话 | | 1XXXXXXXXXX | 联系电话 | 1XXXXXXXXXX |
| 开户  银行 | 账号 | | XXXXXXXXXXXXX | 账号 | XXXXXXXXXXXXX |
| 开户行 | | XX银行XX支行 | 开户行 | XX银行XX支行 |
| 其他 |  | |  |  |  |
| 备注 |  | | | | |
| 经办机构审核意见 | | 经办人： （受理单位盖章）  年 月 日 | | | |