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 |  | |  | |  |  | |  | |  |  |
| 7 |  | |  | |  |  | |  | |  |  |
| 8 |  | |  | |  |  | |  | |  |  |
| 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