年 月基本医疗保险职工参保信息变更登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 单位经办人  （签章） | |  | 单位意见  （盖章） |  | | 经办人盖章： 复核人盖章： | | | |

单位名称： 单位编码： 联系电话： □关键信息 □非关键信息 年 月 日

备注：1.单位申报时，此表需加盖单位公章，并签署单位经办人姓名；

2.灵活就业人员无需单位盖章和填写单位编码。

3.本人变更姓名、性别、身份证号、出生日期等关键信息的要求提供必要的对应辅助材料。