|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年 月基本医疗保险参保单位信息变更登记表 | | | | |
| 单位编码： 填表日期： | | | | |
| 原登记事项 | | | 变更事项 | |
| 单位名称 | | | 单位名称 | |
| 住所（地址） | | | 住所（地址） | |
| 单位类型 | | | 单位类型 | |
| 法定  代表人  (负责人) | 姓名 |  | 姓名 |  |
| 身份证件  号码 |  | 身份证件  号码 |  |
| 联系电话 |  | 联系电话 |  |
| 缴费  单位  经办人 | 姓名 |  | 姓名 |  |
| 联系电话 |  | 联系电话 |  |
| 其他 |  | |  | |
| 其他 |  | |  | |
| 其他 |  | |  | |
| 备注 |  | | | |
| 单位公章：  经办人签字： | | | 经办机构意见:  经办人盖章: 复核人盖章: | |