|  |
| --- |
|  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:  |