

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	姓名	身份证件号码	变更项目	变更前	变更后	参保人签字	备注		
1									
2									
3									
4									
5									
6									
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