

表 6

基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表

填报人：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							
经办机构意见	经办人：(受理单位盖章) 年 月 日						