

表 4

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	
单位经办人	姓名		姓名	
	联系电话		联系电话	
开户银行 及账号	开户银行		开户银行	
	账号		账号	
其他				
备注				
经办机构 审核意见	经办人：（受理单位盖章） 年 月 日			