|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 开户  银行 | 账号 | |  | 账号 |  |
| 开户行 | |  | 开户行 |  |
| 其他 |  | |  |  |  |
| 备注 |  | | | | |
| 经办机构审核意见 | | 经办人: （受理单位盖章）  年 月  日 | | | |