|  |
| --- |
| 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 |