附件1：

基本医疗保险单位信息变更登记表

单位编号： 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： | |
| 隶属关系： | | 隶属关系： | |
| 主管部门或总机构： | | 主管部门或总机构： | |
| 变更时间： | | | |
| 法定代表人  （负责人） | 姓名： | | |
| 联系方式： | | |
| 缴费单位  经办人 | 姓名： | | |
| 所在部门： | | 联系方式： |
| 备注 |  | | |
| 医保经办机构  审核意见 | 经办人： 复核人： 年 月 日 | | |