医疗保险参保信息变更登记表

单位名称（盖章）： 统一社会信用代码： 变更类型：□单位 □个人

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 社会保障号码 | 变 更 项 目 | 变 更 前 | 变 更 后 | 备注 |
|  |  |  | 单位注销 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

填报人： 联系电话： 社保机构经办人： 年 月 日

**填表说明：**1. 变更个人信息时，填写需变更信息人员在社保登记的姓名与社会保障号，灵活就业人员无需填报单位信息。

2. 单位变更项目包括：单位名称、统一社会信用代码、单位性质、单位类型、纳税人识别号、编制人数、主管部门、隶属关系、参保日期、法人信息、通讯地址、医疗保险类别、开户银行名称、户名、银行账号、单位联系人信息等。

3. 个人变更项目包括：姓名、身份证号码、性别、出生年月、参加工作时间、首次参保时间、本次参保时间、失业保险缴费、户系电话、口性质、家庭住址、联系电话、机关事业人员人事信息等。

4. 本表一式两份，受理后社保经办机构、申报单位（个人）各执一份。