|  |
| --- |
| 基本医疗保险参保单位信息变更登记表 |
| 单位编码:XXXX | 填表日期：XXXX.XX.XX |
| 原登记事项 | 变更事项 |
| 单位名称 XXXXXXXXX | 单位名称 XXXXXXXXXXXX |
| 住所（地址）XXXXX | 住所（地址）XXXXX |
| 单位类型XXXX | 单位类型XXXX |
| 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 | XX | 姓名 | XX |
| 联系电话 | XXXXXXXXXX | 联系电话 | XXXXXXXXXX |
| 开户银行 | 账号 |  | 账号 |  |
| 开户行 |  | 开户行 |  |
| 其他 | XXXXX | XXXXXXXX | XXXXX | XXXXXXXXXXX |
| 备注 |  |
| 经办机构审核意见 | 经办人: （受理单位盖章） 年 月  日 |