基本医疗保险职工参保信息变更登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | | 身份证件号码 | | 变更项目 | | 变更前 | | 变更后 | | 签字 | 备注 |
| 1 |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 2 |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 3 |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 4 |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 单位经办人  （签章） | |  | | 单位意见  （盖章） | |  | | 经办机构  意见 | |  | | |

单位名称： 单位编码： 联系电话： □关键信息 □非关键信息 年 月 日

备注：1.灵活就业人员无需单位盖章和填写单位信息。

2.变更姓名、性别、身份证号、出生日期等关键信息的，还需提供以下材料：

（1）居民身份证复印件；

（2）公安部门出具的更改证明；

（3）缴费单位的书面情况说明；

（4）其他证明材料：①工资发放原始凭证、考勤记录原件或加盖公章的复印件②劳动合同、解除劳动合同原件或加盖公章的复印件。