基本医疗保险参保单位信息变更登记表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **变更项目** | **1.名称（ ） 2.地址（ ） 3.法人（ ） 4.专管员（ ） 5.税务（ ）6.银行（ ） 7.其它（ ）请在括号内打勾** | | | | |
| **变更前** | | | **变更后** | | |
| 单位名称 |  | | 单位名称 |  | |
| 地址 |  | | 地址 |  | |
| 法定代表人 （负责人） | 姓名 |  | 法定代表人 （负责人） | 姓名 |  |
| 身份证号 |  | 身份证号 |  |
| 联系电话 |  | 联系电话 |  |
| 缴费单位 专管员 | 姓名 |  | 缴费单位 专管员 | 姓名 |  |
| 所在部门 |  | 所在部门 |  |
| 联系电话 |  | 联系电话 |  |
| 税务机构名称 |  | | 税务机构名称 |  | |
| 税号 |  | | 税号 |  | |
| 单位类型 |  | | 单位类型 |  | |
| 统一社会 信用代码 |  | | 统一社会 信用代码 |  | |
| 变更原因 |  | | | | |
| 单位经办人签字 |  | | 申报时间 |  | |
| 医保经办 机构审核意见 | 经办人： （受理单位盖章）  年 月 日 | | | | |

单位全称（盖章）： 医保编码：

注： 1.受理时间：每月1-15日到医保经办机构

2.单位内容变更请在相应的变更项目内打勾