

表 5：基本医疗保险职工参保信息变更登记表（参考样表）

单位名称：

单位编码：

联系电话：

☐关键信息

☐非关键信息

年 月 日

序号	身份证件号码	姓名	变更项目	变更前	变更后	签字	备注
1							
2							
3							
4							
5							
6							
单位经办人 (签章)		单位意见 (盖章)			经办机构 意见		

备注：灵活就业人员无需单位盖章和填写单位信息