附件4

基本医疗保险参保单位信息变更登记表

统一社会信用代码/单位编码： 填表日期：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 原登记事项 | | | | 变更事项 | |  |
| 单位名称 | | | | 单位名称 | |  |
| 住所（地址） | | | | 住所（地址） | |  |
| 单位类型 | | | | 单位类型 | |  |
| 法定  代表人  （负责人） | 姓 名 | |  | 法定  代表人  （负责人） | 姓 名 |  |
| 证件号码 | |  | 证件号码 |  |
| 联系电话 | |  | 联系电话 |  |
| 缴费单位  经办人员 | 姓 名 | |  | 缴费单位  经办人员 | 姓 名 |  |
| 联系电话 | |  | 联系电话 |  |
| 开户银行 | 开户名 | |  | 开户银行 | 开户名 |  |
| 账 号 | |  | 账 号 |  |
| 开户行 | |  | 开户行 |  |
| 其他 |  | | |  | | |
| 备注 |  | | | | | |
| 经办机构  审核意见 | | 经办工作人员: （受理单位盖章）  年 月  日 | | | | |