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 |