附件5

基本医疗保险职工参保信息变更登记表

单位名称： 统一社会信用代码/单位编码： 联系电话： □关键信息 □非关键信息 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 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 |  | |  |  |  |  | |  |  |
| ... |  | |  |  |  |  | |  |  |
| 单位经办人员（签章） | |  | 单位意见  （盖章） |  | | 经办机构意见（盖章） |  | | |

注：灵活就业人员无需单位盖章和填写单位信息。