

表 4：基本医疗保险参保单位信息变更登记表（参考样表）

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		姓名	
	身份证件 号码		身份证件 号码	
	联系电话		联系电话	
缴费 单位 经办人	姓名		姓名	
	联系电话		联系电话	
开户 银行	账号		账号	
	开户行		开户行	
其他				
备注				
经办机构审 核意见	经办人：（受理单位盖章） 年 月 日			