**基本医疗保险参保单位变更登记表**

单位编码：

单位名称（盖章）： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 原登记事项 | | | 变更事项 | | |
| 单位名称（公章）： | | | 单位名称（公章）： | | |
| 单位地址： | | | 单位地址： | | |
| 法定代表人 （负责人） | 姓名： | | 法定代表人（负责人） | 姓名： | |
| 身份证号： | | 身份证号： | |
| 联系电话： | | 联系电话： | |
| 单位类型： |  | | 单位类型： | | |
| 执照号码： |  | | 执照号码： | | |
| 组织机构代码： |  | | 组织机构代码： | | |
| 税务登记号： |  | | 税务登记号： | | |
| 税务微机代码： |  | | 税务微机代码： | | |
| 隶属关系： |  | | 隶属关系： | | |
| 参保地区： |  | | 参保地区： |  | |
| 参保险种： |  | | 参保险种： |  | |
| 开户 银行 | 账号： | | 开户 银行 | 账号： | |
| 开户行： | | 开户行： | |
| 单位经办人 | 姓名： | | 单位经办人 | 姓名： | |
| 联系电话： | | 联系电话： | |
| 其他 |  |  | 其他 |  |  |
| 备注 |
| 经办机构 审核意见 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 经办人： |  | （受理单位盖章） | |  |
|  |  | 年 | 月 | 日 |

注：1、本表由参保单位填写；2、本表一式两份，登记单位和经办机构各一份。