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（盖章）： 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 | |
| 隶属关系 | | | | | 隶属关系 | |
| 主管部门或总机构 | | | | | 主管部门或总机构 | |
| 法定  代表人（负责人） | 姓名 | |  | | 身份证号码 |  |
| 联系方式 | | |  | | |
| 缴费  单位 经办人 | 姓名 | |  | | | |
| 所在部门 | |  | | 联系方式 |  |
| 开户  银行 | 账号 | |  | | | |
| 开户行 | |  | | | |
| 备注 |  | | | | | |
| 经办机构  审核意见 | | 经办人:  复核人：  年 月  日 | | | | |