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 |