|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本医疗保险参保信息变更登记表 | | | | | | |
| 填报单位（盖章）： | |  | 单位编号： |  | 填报日期： 年 月 日 | |
| 个人编号 | 姓名 | 身份证号码 | 变更事项 | 变更前 | 变更后 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 单位负责人： 单位经办人： 经办人联系电话： | | | | | |  |
| 温馨提示： | |  |  |  |  |  |
| 1.单位编号是指单位参加职工基本医疗保险的编号； 2.变更姓名或身份证号码的提供居民身份证或派出所出具的变更证明复印件，核原件。 3.参保人员更改办公电话、移动电话、邮编、常住地详细地址、民族、性别的，单位申报不需提供附件材料，个人申报提供  有效身份证件，验原件； 4.本表一式一份，经办机构留存。 | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本医疗保险参保信息变更登记表（填写示范文本） | | | | | | |
| 填报单位（盖章）： | |  | 单位编号： |  | 填报日期：2023年 8 月 1 日 | |
| 个人编号 | 姓名 | 身份证号码 | 变更事项 | 变更前 | 变更后 | 备注 |
| 450000000000082300XXXXXXXX | 张三 | 450101XXXXXXXXXXXX | 电话号码 | 1387458XXX | 1325984XXXX |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 单位负责人： 单位经办人： 经办人联系电话： | | | | | |  |
| 温馨提示： | |  |  |  |  |  |
| 1.单位编号是指单位参加职工基本医疗保险的编号； 2.变更姓名或身份证号码的提供居民身份证或派出所出具的变更证明复印件，核原件。 3.参保人员更改办公电话、移动电话、邮编、常住地详细地址、民族、性别的，单位申报不需提供附件材料，个人申报提供  有效身份证件，验原件； 4.本表一式一份，经办机构留存。 | | | | | | |

常见错误示例

《基本医疗保险参保信息变更登记表》中未填写变更事项和变更后内容。