湖南省基本医疗保险参保单位信息变更登记表（表 3）

单位编码（单位公章）： 填表日期：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 原登记事项 | | | | | 变更事项 | |
| 单位名称 | |  | | | 单位名称 |  |
| 单位地址 | |  | | | 单位地址 |  |
| 邮政编码 | |  | | | 邮政编码 |  |
| 单位类型 | |  | | | 单位类型 |  |
| 法定代表人 | 姓名 | | |  | 姓名 |  |
| 身份证件  号码 | | |  | 身份证件  号码 |  |
| 联系电话 | | |  | 联系电话 |  |
| 单 位 联系人信息 | 姓名 | | |  | 姓名 |  |
| 联系电话 | | |  | 联系电话 |  |
| 其他 |  | | |  |  |  |
| 备注 |  | | | | | |
| 经办机构审核意见 | | | 经办人: （受理单位盖章） 年 月 日 | | | |