江门市基本医疗保险职工参保信息变更登记表（参考样表）

填报人： 联系电话： 填报日期：

单位名称（盖章）： 单位参保号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 证件号码或个人参保号 | 姓名 | 变更项目 | 变更前 | 变更后 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 经办人： 经办机构（盖章）： 日期： | | | | | |

注：灵活就业人员无需填写单位名称（盖章）、单位参保号。