表4：基本医疗保险参保单位信息变更登记表

（参考样表）

单位编码： 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 | |
| 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 |  | 姓名 |  |
| 身份证件号码 |  | 身份证件号码 |  |
| 联系电话 |  | 联系电话 |  |
| 单位  经办人 | 姓名 |  | 姓名 |  |
| 联系电话 |  | 联系电话 |  |
| 开户银行及账号 | 开户银行 |  | 开户银行 |  |
| 账号 |  | 账号 |  |
| 其他 |  |  |  |  |
| 备注 |  | | | |
| 经办机构  审核意见 | 经办人: (受理单位盖章)  年 月 日 | | | |