

附表 5

基本医疗保险职工参保信息变更登记表

单位名称: XX 有限公司 单位编码: 21000000000 联系电话: 13988888888 ☐关键信息 ☐非关键信息 年 月 日

序号	身份证件号码	姓名	变更项目	变更前	变更后	签字	备注
1	5100000000000000000	王 X X	变更身份证号码	5100000000000000000	5100000000000000033	王 X X	
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
单位经办人 (签章)		单位意见 (盖章)			经办机构 意见		

备注：灵活就业人员无需单位盖章和填写单位信息