基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表 (样表)

填报人：

联系电话：

□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 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 经办机构意 见 | 经办人: | (受理单位盖章)年 月 日 |