附件7：

城乡居民医疗保险单位信息变更表

单位名称（公章）：

社会保险登记证编码：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 原 登 记 事 项 | | | 变 更 事 项 | |
| 单位名称 | | | 单位名称 | |
| 单位简称 | | | 单位简称 | |
| 单位住所（地址） | | | 单位住所（地址） | |
| 邮编 电话 | | | 邮编 电话 | |
| 单位类别 组织机构代码 | | | 单位类别 组织机构代码 | |
| 法定代表人  （负责人） | 姓名 | | 法定代表人  （负责人） | 姓名 |
| 电话 | | 电话 |
| 缴费单位  专管员 | 姓名 | | 缴费单位  专管员 | 姓名 |
| 电话 | | 电话 |
| 单位类型 经济类型 | | | 单位类型 经济类型 | |
| 隶属关系 | | | 隶属关系 | |
| 行业性质 行业代码 | | | 行业性质 行业代码 | |
| 主管部门或总机构 | | | 主管部门或总机构 | |
| 开户银行与行号 | | | 开户银行与行号 | |
| 户名 | | | 户名 | |
| 银行基本账号 | | | 银行基本账号 | |
| 主管部门 | | | 主管部门 | |
| 学校类别 | | | 学校类别 | |
| 学校举办者 | | | 学校举办者 | |
| 工商注册地址 | | | 工商注册地址 | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
| 社会保险经办  机构审核意见 | |  | | |

单位经办人： 社保经办机构登记岗：

单位负责人： 社保经办机构（盖章）：

填表日期： 年 月 日 办理日期： 年 月 日

填表说明：1.如单位社会保险登记的内容发生变更，于每月24日前办理单位登记变更手续。

2.此表由单位填报一份，社保经办机构核准后备案。

3.表内未标明的其他登记事项发生变更时，可在表内空格处予以反映。