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。