附件8：

城乡居民医疗保险个人信息变更表

单位名称（公章）：

社会保险登记证编码：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | | | | | 公民身份号码 | | | |
| 原 登 记 事 项 | | | | | 变 更 事 项 | | | |
| 姓名 | | | | | 姓名 | | | |
| 公民身份号码 | | | | | 公民身份号码 | | | |
| 性别 | | | | | 性别 | | | |
| 出生日期 | | | | 民族 | 出生日期 | | | 民族 |
| 户口性质 | | | | 户籍所在地 | 户口性质 | | | 户籍所在地 |
| 缴费对象 | | | | | 缴费对象 | | | |
| 缴费方式 银行代扣 （ ） 个人缴费 （ ） | | | | | 缴费方式 银行代扣（ ） 个人缴费（ ） | | | |
| 扣款银行 | | | | | 扣款银行 | | | |
| 扣款银行卡号或存折号 | | | | | 扣款银行卡号或存折号 | | | |
| 户口所在区县名称 | |  | | | 户口所在区县名称 | |  | |
| 户口所在街镇乡名称 | |  | | | 户口所在街镇乡名称 | |  | |
| 户口所在地地址 | | | | | 户口所在地地址 | | | |
| 居住地地址 | | | | | 居住地地址 | | | |
| 居住地邮编 | | | | | 居住地邮编 | | | |
| 参保人电话 | | | | | 参保人电话 | | | |
| 联系人电话 | | | | | 联系人电话 | | | |
| 参保人亲属姓名 | | | | | 参保人亲属姓名 | | | |
| 参保人亲属性别 | | | | | 参保人亲属性别 | | | |
| 参保人亲属公民身份号码 | | | | | 参保人亲属公民身份号码 | | | |
| 与参保人关系 | | | | | 与参保人关系 | | | |
| 参保人亲属电话 | | | | | 参保人亲属电话 | | | |
| 参保人亲属居住地址 | | | | | 参保人亲属居住地址 | | | |
| 参保人亲属居住地邮政编码 | | | | | 参保人亲属居住地邮政编码 | | | |
|  | | | | |  | | | |
| 定点医疗  机构 |  | | | | 定点医疗  机构 |  | | |
|  | | | |  | | |
|  | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | |
|  | | | | |  | | | |
| 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.如参保人员的基本信息发生变更，参保单位于每月24日前办理参保人员情况变更手续。

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。