|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表 | | | | | | | |
| 统筹区： 经办机构： | | | | | | | |
| 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 | | | | | | |