|  |
| --- |
| 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 |