苏州市医疗保险参保人员基本信息变更申请表

单位名称（章）：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 证件号码 | 变更项目 | 变更前情况 | 变更后情况 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

单位填报人： 联系电话： 医保机构经办人（章）： 填报日期: 年 月 日

说明：

1.本表由参保单位或参保个人到医保经办（工作）机构办理参保人员基本信息变更手续时填写，办理时须持参保人员有效身份证件、原始证明材料。

其中：通过单位参保的，由用人单位或管理单位办理，并经单位盖章、经办人签字；以个人身份参保的，由个人办理，并经本人签字；

2.变更项目包括：证件类型、证件号码、姓名、民族、出生日期、移动电话、学历、政治面貌、户口性质、户口所在地等；

3.本表一式二份，参保单位或个人、医保经办（工作）机构各一份。