苏州市医疗保险单位变更登记表

单位名称（章）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 需变更事项 | | | 原登记事项 | | 变更后事项 |
| 单位基本信息 | □单位名称（章） | |  | |  |
| □统一社会信用代码 | |  | |  |
| □医保区划 | |  | |  |
| 单位联系信息 | □联系人姓名 | |  | |  |
| □联系电话 | |  | |  |
| □所属行政区 | |  | |  |
| □单位地址 | |  | |  |
| 单位注册信息 | □法定代表人姓名 | |  | |  |
| □法定代表人移动电话 | |  | |  |
| □法定代表人证件号码 | |  | |  |
| □批准成立部门 | |  | |  |
| □批准成立日期 | |  | |  |
| 银行信息 | □银行用途 | | □征缴账号  □待遇拨付/发放账号 | | □征缴账号  □待遇拨付/发放账号 |
| □银行大类 | |  | |  |
| □银行户名 | |  | |  |
| □开户行名称 | |  | |  |
| □银行账号 | |  | |  |
| 其他 | □缴费状态变更 | | 正常缴费 | | 暂停暂停 |
| 医保经办机构  意见 | | 业务员 （盖章）  年 月 日 | | 审核员 （盖章）  年 月 日 | |

单位填表人： 联系电话： 填表日期： 年 月 日

说明：本表一式二份，缴费单位和医保经办机构各一份。