表4

基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表

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 | | | | | | |