|  |
| --- |
| **社会保险参保信息变更登记表** |
|
|
| 单位名称（盖章）： 单位编码： 变更类型：□单位 □个人 |
| 　 |   | 　 |  |  |
| 序号 | 姓名 | 社会保障号码 | 变 更 项 目 | 变 更 前 | 变 更 后 | 备注 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  填报人： 联系电话： 社保机构经办人： 年 月 日  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **填表说明：**1.变更个人信息时，填写需变更信息人员在社保登记的姓名与社会保障号，灵活就业人员无需填报单位信息。 |
|  2.单位变更项目包括：单位名称、统一社会信用代码、单位性质、单位类型、纳税人识别号、编制人数、主管部门、 |
|  隶属关系、 参保日期、法人信息、通讯地址、医疗保险类别、开户银行名称、户名、银行账号、单位联系人信息等。 |
|  3.个人变更项目包括：姓名、身份证号码、性别、出生年月、参加工作时间、首次参保时间、本次参保时间、 |
|  失业保险缴费、户系电话、口性质、家庭住址、联系电话、机关事业人员人事信息等。 |
|  4.本表一式两份，受理后社保经办机构、申报单位（个人）各执一份。 |  |