|  |
| --- |
| 单位名称（盖章）： 险种： |
| 姓 名 |  | 身份证号码 |  |
| 人员参保状态 | □在职人员 □退休人员 |
| 变更项目 | 是否关键特殊信息 | 变更前内容 | 变更后内容 | 参保人签名 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 变更原因： |
| **以上内容真实填写，若与实际情况不符，愿承担相关责任。** |
| 经办人（签名）： 联系电话：填报日期： 年 月 日 |
| **社 保 经 办 机 构 审 核 意 见** |
| 初审意见(签名) |  年 月 日 | 复核意见(签名) |  年 月 日 |
|
|

**社会保险参保人员信息变更表**

备注：变更项目：身份证号码、姓名、性别等事项，并附相关证明材料。