表8

参加职工家属统筹医疗人员信息变更申报表

单位名称（公章）：社会保险单位编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 公民身份号码 |  | 电脑号 |  |
| 职工姓名 |  | 职工电脑号 |  |
| 变更项目 | 变更前内容 | 变更后内容 | 备注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  需说明的情况: 单位经办人签章:  联系电话： 年 月 日  |

深圳市社会保险基金管理局制

填写说明

1. 本表是参保单位到社保经办机构办理参保人员信息变更时填写。

 2.单位名称：与有关机关批准成立的文书或其他核准执业证件中的单位名称一致，不得填写简称。

3.社会保险单位编号：指办理社会保险登记时的单位编号。

4.姓名、公民身份号码（社会保障号码）：与有效身份证件或社会保障卡上内容一致。

5.变更项目：参保人员变更登记的事项。

6.变更前内容：参保人员变更登记事项在现有社会保险登记中的内容。

7.变更后内容：参保单位申报变更的与调整前内容相对应的部分。

8.备注: 参保单位申报办理变更登记的项目和内容中，需要注明的事项。

9.需说明的情况：有需要说明情况的，填写本项目。