参保人员信息变更表

单位名称（章）: 结算期： 年 月 单位编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 个人编号 | 姓名 | 公民身份号码（社会保障号） | 变更事项 | 变更前信息 | 变更后信息 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

说明：变更事项包括参保身份、人员中断原因等。

单位经办人： 移动电话: 填报日期: 年 月 日