

附表 6

基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表

填报人：XX 有限公司 联系电话：XXXXXXXXXX ☐ 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	5100000000000000000	王 X X	变更身份证号码	5100000000000000000	5100000000000000033	王 X X	
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
经办机构 意见		经办人： (受理单位盖章) 年 月 日					