

表 2：基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表

填报人：

联系电话：

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							
2							
3							
4							
5							
6							
经办机构 意见	经办人： <div style="text-align: right;"> (受理单位盖章) 年 月 日 </div>						