

社会保险变更登记表

原登记事项		变更事项	
参保单位名称		参保单位名称	
地址		地址	
法定代表人 (负责人)	姓名	姓名	
	身份证号	身份证号	
缴费 经办人	姓名	姓名	
	所在部门	所在部门	
参保单位类型		参保单位类型	
隶属关系		隶属关系	
主管部门或总机构		主管部门或总机构	
开户银行		开户银行	
银行基本帐号		银行基本帐号	
社会保险登记证编码		社会保险登记证编码	
备注			
主管地方税务机关审核意见	经办人： 单位负责人： 主管地方税务机关（公章）		

填表说明：本表一式三份，参保单位填写本表申请变更，主管地方税务机关审核后，一份作为变更内容登记依据，二份送社保经办机构。