重庆市社会保险变更登记表

单位社会保障号：

单位名称（章）： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 原登记事项 | 变更事项 |
| 单位名称（公章）： | 单位名称（公章）： |
| 单位地址： | 单位地址： |
| 法定代表人（负责人） | 姓名： | 法定代表人（负责人） | 姓名： |
| 身份证号： | 身份证号： |
| 电话： | 电话： |
| 单位类型： | 邮编： | 单位类型： | 邮编： |
| 执照号码： | 执照号码： |
| 组织机构代码： | 组织机构代码： |
| 税务登记号： | 税务登记号： |
| 税务机关名称： | 税务机关名称： |
| 税务顺序号： | 税务顺序号： |
| 隶属关系： | 隶属关系： |
| 主管部门： | 主管部门： |
| 社会保险公共业务管理办公室审核意见 | 单位负责人（章） 经办人（章） 经办机构（章）   年 月 日 |
| 备注 |  |
| 原登记事项 | 险种事项 | 养老保险 | 失业保险 | 医疗保险 | 工伤保险 | 生育保险 |
| 开户名 |  |  |  |  |  |
| 开户银行 |  |  |  |  |  |
| 银行账号 |  |  |  |  |  |
| 参保地区 |  |  |  |  |  |
| 参保日期 |  |  |  |  |  |
| 单位经办人 | 姓名 |  |  |  |  |  |
| 电话 |  |  |  |  |  |
| 变更事项 | 险种事项 | 养老保险 | 失业保险 | 医疗保险 | 工伤保险 | 生育保险 |
| 开户名 |  |  |  |  |  |
| 开户银行 |  |  |  |  |  |
| 银行账号 |  |  |  |  |  |
| 参保地区 |  |  |  |  |  |
| 参保日期 |  |  |  |  |  |
| 单位经办人 | 姓名 |  |  |  |  |  |
| 电话 |  |  |  |  |  |

注： 1. 本表由参保单位填写，变更项目按照《重庆市社会保险登记表》填写；

2. 本表一式两份，参保单位和社会保险公共业务管理办公室各一份。