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。