社会保险变更登记表（空表）

单位名称（章）： 单位编号（五险）: （机保）:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 变更事项 | | | 变更前 | 变更后 |
| 单位名称 | | |  |  |
| 统一社会信用代码 | | |  |  |
| 单位类型 | | |  |  |
| 事业单位性质 | | |  |  |
| 事业单位经费来源 | | |  |  |
| 法定代表人或负责人 | | 姓 名 |  |  |
| 证件名称 |  |  |
| 证件号码 |  |  |
| 办公电话、  手机 |  |  |
| 单位专管员 | | 姓 名 |  |  |
| 办公电话、  手机 |  |  |
| 单位注册地址 | | |  |  |
| 单位通讯地址 | | |  |  |
| 邮政编码 | | |  |  |
| 单位基本户银行信息 | 开户银行 | |  |  |
| 开户名 | |  |  |
| 银行账号 | |  |  |
| 单位零余额户银行信息 | 开户银行 | |  |  |
| 开户名 | |  |  |
| 银行账号 | |  |  |
| 缴费方式 | | |  |  |
| 单位承诺 | | | 以上项目填写真实，若与实际情况不符，愿承担责任。  单位经办人及电话： 单位负责人：  日期： 年 月 日 | |

注：不变更的项目请不用填写。

社保经办机构经办人： 社保经办机构审核人：

社保经办机构（章）

受理日期： 年 月 日