淮南市社会保险参保人员信息变更申请表

单位名称： 单位编号: 联系电话：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 公民身份证号码 | 变更项目 | 变更前内容 | 变更后内容 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 填报单位意见（盖章）：  单位经办人（签章）： 年 月 日 | | | | |

备注：1、请参保单位提供相关的变更证明材料原件或复印件（加盖单位公章或本人承诺），表格如有涂改，需重新提供或在修改处签字盖章；

2、变更项目：姓名、身份证、地址、电话号码等；

3、本表一式两份，单位和经办机构各一份，每月办理时间2--25日；

4、请用电脑打印或黑色签字笔（水笔）填报。

淮南市社会保险基金征缴管理中心制