重庆市以个人身份参加城镇职工医疗保险

市级统筹变更登记表

镇街社保所（盖章） 填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人姓名 |  | | 参保人  医保证号码 | | |  | | | |
| 代办人姓名 |  | 与参保  人关系 | |  | | 代办人  身份证号码 | | |  |
| 变更项目 | 登记内容 | | | | 现登记内容 | | | 签字确认 | | 第  一  联  经  办  方  留  存 |
| 姓名变更 |  | | | |  | | |  | |
| 身份证号码变更 |  | | | |  | | |  | |
| 通讯地址变更 |  | | | |  | | |  | |
| 邮政编码变更 |  | | | |  | | |  | |
| 联系方式变更 |  | | | |  | | |  | |
| 银行缴费账户变更 |  | | | |  | | |  | |
| 在职转退休变更 |  | | | |  | | |  | |
| 其他变更 |  | | | | 暂停参保 | | |  | |
| 缴费档次变更 | 一档转二档 | | | | 签字： | | 生效时间： 年 月 日  (缴费档次变更请按变更后的档次在申请的次年1月1日前缴费，于2月1日开始生效) | | |
| 二档转一档 | | | | 签字： | |
| 重要提示：  1、如您办理银行缴费账户变更，请注意，不是所有的银行账户具有代扣功能，请向银行确认后填写。若因账户变更造成医疗保险费扣款不成功，造成的一切损失由参保人(代办人)自行承担。  2、如变更缴费档次，请按变更后缴费比例缴费。　　经办人： | | | | | | | | | |