|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | | | | | 性别 | | | | |  | | | | 社保编码 | | | | |  | |
| 申请变更的内容（仅填写需要变更的栏目） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | | | | | | 性别 | | | | |  | | | | 首次参  保时间 | | | | |  | |
| 身份  证号 |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | 民族 |  |
| 电话 |  | | | | | | | | | | | | 手机 | | | |  | | | | | | |
| 地址 |  | | | | | | | | | | | | 电子  信箱 | | | |  | | | | | | |
| 代理人须填写以下基本情况 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | | | | | | | | | | | 身份  证号 | | | |  | | | | | | |

参保人员基本信息变更申请登记表

注： 1、参保人员申请办理基本信息变更时，须提供本人身份证原件及复印件一份，委托他人办理的，还须提供代理人身份证原件。

2、变更“身份证号码”或“姓名”的，申请人还须同时提供本人的养老保险手册、社保卡（或医保IC卡），在办理基本信息变更手续后还需到社保卡管理中心办理社保卡变更手续。

3、变更“民族”的，申请人还须同时提供本人的户口本原件及复印件一份。

4、变更“首次参保时间”的，申请人还须同时提供养老保险手册、相关有效证明材料原件及复印件一份，并到社保局办理。

5、本表一式两份，社保经办机构、申请人各执一份。

6、申请人或代理人签名后，表示申请人自愿并认同对以上基本信息的变更。

申请人或代理人签名：

经办人： 复核人：

受理日期： 年 月 日

绍兴市社会保险事业管理局制