**淮北市社会保险参保人员信息变更申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 个人编号 |  | 单位编号 | |  | | | 单位名称 |  |
| 信息修改项目 | | 原 信 息 内 容 | | | | | 要 求 变 更 内 容 | | | |
|  | |  | | | | | |  | | |
|  | |  | | | | | |  | | |
|  | |  | | | | | |  | | |
|  | |  | | | | | |  | | |
| 以上个人信息填写属实,否则自愿承担一切相关责任。  本人签字：  单位经办人：  （单位公章）  年 月 日 | | | | | 社会保险经办机构审核意见：  初审： 复核： 审批：  年 月 日 年 月 日 年 月 日 | | | | | |