**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 |