**机关事业单位基本养老保险参保人员信息变更表**

单位名称 ：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 身份证号 | | | |  | | |
| 请在下列项目中选择人员参保状态： | | | | | | | | | |
| □在职人员 □退休人员 | | | | | | | | | |
| 变更项目 | | 变更前内容 | | | | 变更后内容 | | | 备注 |
|  | |  | | | |  | | |  |
|  | |  | | | |  | | |  |
|  | |  | | | |  | | |  |
|  | |  | | | |  | | |  |
| 需说明的情况: | | | | | | | | | |
| 负责人（单位公章）:  年 月 日 | | | 经办人：  年 月 日 | | | | | 单位主管部门（单位公章）：  年 月 日 | |
| 编制部门：（单位公章）  复核 人：  年 月 日 | | | | 人社部门：（单位公章）  复核 人：  年 月 日 | | | | | |
| **以下由社保经办机构填写** | | | | | | | | | |
| 初审人：  签 字：  年 月 日 | | | | | 复核人：  签 字：  年 月 日 | | | | |

填写说明

1.本表是参保单位到社保经办机构办理参保人员信息变更时填写。

2.单位名称：与有关机关批准成立的文书或其他核准执业证件中的单位名称一致。

3.姓名、公民身份号码：按照参保人员有效身份证件上的相关信息填写。

4.变更项目：参保人员变更登记的事项。

5.变更前内容：参保人员变更登记事项在现有社会保险登记中的内容。

6.变更后内容：参保单位申报变更的与调整前内容相对应的部分。

7.备注: 参保单位申报办理变更登记的项目和内容中，需要注明的事项。

8.需说明的情况：有需要说明情况的，填写本项目。