单位编号：

江西省参保人员信息变更表

单位名称：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保单位(个人)申报信息项 | 姓 名 | |  | 个人编号 |  |
| 证件号码 | |  | 手机号码 |  |
| 类 别 | | 变更前 | 变更后 | |
| 姓 名 | |  |  | |
| 证件号码 | |  |  | |
| 出生年月 | |  |  | |
| 参加工作日期 | |  |  | |
| 参保状态 | |  |  | |
| 发放  信息 | 开户银行 |  |  | |
| 银行账号 |  |  | |
| 其他 |  |  |  | |
| 申请单位/个人承诺：  本人/本单位所提交的材料及填报的信息真实无误，如因材料 或填报信息虚假导致的问题，本人/本单位自愿承担全部责任。  申请人/单位盖章：  年 月 日 | | | | 社会保险经办机构意见：  经办人：  年 月 日 | |

本表一式二份：一份单位存档，一份交经办机构存档。