参加社会保险人员信息变更申报表

单位名称：（章）： 单位编号： 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 个人编号 | 姓 名 | 社会保障号码（身份证号） | 是否有社会保障卡 □是 □否  (有社会保障卡的人员不用填写） | | | 备注 |
| 变更后银行类别 | 变更后银行帐号 | 变更后银行户名 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

单位经办人或本人签名：

备注：1.社会保险待遇通过本人的社会保障卡发放；

2.请及时激活社会保障卡金融功能，以免影响待遇发放。