

机关事业单位养老保险参保单位信息变更 申报表

单位名称：

社会保险登记编号：

变更项目	变更前内容	变更后内容	备注

参保单位需说明的情况：

单位经办人：

单位负责人：

单位名称：（盖章）

填表日期： 年 月 日

以下由社保经办机构填写

经办人：

复核人：

审核人：

社保经办机构：（盖章）

办理日期： 年 月 日