表9

|  |
| --- |
| 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 ：单位管理码： |
| 个人编号 |  | 姓 名 |  |
| 公民身份号码 |  |
| 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 | 是否关键特殊信息 | 调整前内容 | 调整后内容 | 参保人签名 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 需说明的情况:负责人（单位公章）: 经办人： 联系电话：年 月 日 年 月 日  |
| **以下由社保经办机构填写** |
| 初审： | 复核： | 部门负责人意见： |
|  签名：  年 月 日 |  签名：  年 月 日 |  签名：  年 月 日 |

**以上项目填写真实，若与实际情况不符，愿承担相关责任。**