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。**