|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 云南省城镇职工养老保险、工伤保险  参保人员信息变更申请表  单位名称 ：单位编号： | | | | | |
| 姓名 | |  | 证件号码 |  | |
| 个人编号 | |  | | | |
| 请选择人员参保状态： | | | | | |
| □在职人员 □退休人员 | | | | | |
| 变更事项 | 变更后内容 | | | | 备注 |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
| 需说明的情况:  负责人: 经办人：    年 月 日  （单位公章） | | | | | |