

变更定点医疗机构申请表

派遣（代理）单位名称	姓名	身份证号	
填写四家定点医院名称（必须选择一家一级医院）		医院代码	本人联系方式

填表说明：

1、医院变更业务社保每月5号至25号办理，节假日不顺延。

2、在当月5号至25号（遇节假日提前）提交申请的，我公司会在五个工作日内向社保申报您的变更，其他时间提交申请的将在次月5号至25号办理。如有问题我们会主动与您联系。

3、提交申请后，会在五个工作日内生效，您可以在医院、社保卡服务网点、劳动保障网上查询您的医院时候变更。

申请人签字：

申请日期：