附件1

**企业养老待遇发放信息变更表**

单位名称（章）： 结算期： 年 月 单位编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 个人编号 | 姓名 | 公民身份证号码 | 变更前信息 | 变更后信息 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

申请人签字： 联系电话： 填报日期： 年 月 日