

粘贴身份证（正反两面）复印件处。

四川省省本级医疗保险参保人员个人权益记录单 邮寄信息登记表

登记日期： 年 月 日

参保人姓名		性别		出生年月		民族	
人员状态		单位医保 编码			个人医 保编码		
单位名称							
公民身份证号码							
个人权益记录单 邮寄给本人、监 护人还是代收							