

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 人？（请在收 件人后面“□”内 打“√”确认）	本人 <input type="checkbox"/> 监护人 <input type="checkbox"/> 代收人 <input type="checkbox"/>						
个人权益记录单 邮寄地址					收件人 姓名		
					邮编		
座机电话		移动电话		短信接 收电话			
邮箱接收地址							
填写人声明： 以上填写内容正确无误。 本人确认（签字）： _____ 年 月 日							

填表说明：本表由参保人员填写，若本人无法填写，可由亲属或单位经办人员代填，但须本人签字、签章或留指纹确认。选择性项目，请在“□”内打“√”。若邮寄地址等信息有变动，请及时与单位医保经办人员联系。本表由医保经办机构统一印制，如有遗失，请及时向本局申请补办。