

※メールでの提出不可※

常務理事	事務長	係

健康保険 被保険者証 高齢受給者証 滅失・毀損 再交付 申請書

保険証の記号・番号	記号： 番号：	資格取得日	昭和 平成 令和	年	月	日
Global ID						
被保険者氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
被保険者住所	〒					
勤務する（して いた）事業所	名称					
	所属					
提出理由 (該当するものに○を)	1. 滅失（紛失・盗難・不明） 2. 毀損 3. その他（ ）					
再交付有無 (該当するものに○を)	1. 希望する 2. 希望しない					
該当者 (該当するものに○を)	1. 被保険者分 2. 被扶養者分					
該当者が被扶養者 の場合記入	①	続柄		生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
	②	続柄		生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
	③	続柄		生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
	④	続柄		生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
滅失又は毀損した 事由（詳しく）						

◎被保険者証の毀損のための再交付申請であるときは、毀損した被保険者証を、この申請書に添付してください。

被保険者・高齢受給者証滅失届（滅失の場合のみ記入）

上記の申請書に記載したとおり、被保険者証・高齢受給者証を滅失しましたので届出いたします。

今後は取扱いに十分注意いたします。

なお、被保険者証・高齢受給者証を発見したときは、ただちに返納いたします。

年 月 日

被保険者（社員）氏名

年 月 日提出

【提出先】(社)ヒューマン・リソース・パートナーズ

〒540-6319 大阪府大阪市中央区城見1-3-7 IMPビル19階  
社会保険労務士法人ヒューマン・リソース・パートナーズ AIG担当宛て

任意継続の方は直接「AIG健康保険組合宛」にご提出ください。

上記の届出のとおり相違ないことを証明します。	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話	
社会保険労務士 の提出代行者印	

受付印