

※メールでの提出不可※

健康保険 被保険者氏名変更(訂正)届

常務理事	事務長	係

被保険者証の記号と番号		生年月日				事業所(会社)の名称		所属(オフィス)			
—		昭和 平成 令和	年	月	日						
変更後の氏名	(フリガナ)					変更前の氏名	(フリガナ)				
	(氏)	(名)					(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

直接「AIG健康保険組合」へご提出ください。
〒130-0013 東京都墨田区錦糸3-2-1 アルカイースト5階
AIG健康保険組合 宛て

上記の申請について事実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	
--------------------	--