

※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)		
3 - 12345		昭和 平成 令和	年	月	日	〇〇損害保険株式会社		〇〇オフィス		
			6	1	2	2	4			
変更後の氏名	(フリガナ)	ハナコ				変更前の氏名	(フリガナ)	ハナコ		
	(氏)	コウセイ	花子				(氏)	健保		
			厚生	花子					花子	
								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と相違ないことを証明します。		※社会保険労務士法人 ヒューマン・リソース・パートナーズにて記入しますので、ヒューマン・リソース・パートナーズ宛てにご郵送ください。
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話	〒130-0001 東京都墨田区××町△-○ 〇〇〇保険株式会社 代表取締役社長 健康 大事 03-1234-5678	