

※メールでの提出不可※

マイナ保険証未登録の方は
「資格確認書(再)交付申請書」をご提出ください。

常務理事	事務長	係	

健康保険 被保険者証・資格確認書 減失届
高齡受給者証

被保険者等記号・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	〒					
提出理由 (該当するものに○を)	1. 減失(紛失・盗難・不明) 2. 毀損 3. その他()					
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
減失又は毀損した事由(詳しく)						
マイナ保険証登録 (該当するものに○を)	1. 登録済(マイナ保険証をご利用ください。) 2. 未登録(「資格確認書(再)交付申請書」を添付してください。)					

被保険者証・資格確認書・高齡受給者証減失届

上記に記載したとおり、被保険者証・資格確認書・高齡受給者証を減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・資格確認書・高齡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	

受付印

社会保険労務士の提出代行者印	
----------------	--