

※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 氏名変更(訂正)届

被扶養者の氏名変更は「被扶養者異動届」をご提出ください。

| 被保険者等 記号-番号 | | 生 年 月 日 | | | 事業所(会社)の名称 | | 所 属 (オフィス) | |
|-------------|--------|--|---|---|------------|----------------|------------|--|
| | | 昭和 | 年 | 月 | 日 | | | |
| Global ID | | 平成 | | | | | | |
| | | 令和 | | | | | | |
| 変更後の氏名 | (フリガナ) | | | | 変更前の氏名 | (フリガナ) | | |
| | (氏) | (名) | | | | (氏) | (名) | |
| マイナ保険証利用登録 | | 1:登録済 2:未登録 → 資格確認書(再)交付申請書を添付してください。 | | | | 年 月 日 提出 | | |

- ※ 添付書類: ・資格確認書(交付された方のみ)
 ・マイナ保険証未登録の場合は「資格確認書(再)交付申請書」

【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不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 | |
|----------------|--|