送　付　先　依　頼　書

年　　月　　日

送付先について下記のとおり依頼します。

1. 新 規 設 定　　2. 変 更　　3. 解 除

●対象者

国保/後期高齢 被保険者番号		介護保険 被保険者番号	
特別医療 受給資格証番号		宛名番号	
住民票上の住所	〒		
氏名		生年月日	M・T・S・H・R　　・　　・

●送付先

送付先	〒 （　　様方）
宛名※保険課は様方のみ	様
電話番号	（　　）

●依頼人　（郵送での届出の際は、依頼人の本人確認書類の写しを添付してください）

住所	〒
氏名	
電話番号	（　　）
続柄（ご関係）	
理由	
他の関係者に対しましては、私（依頼人）が責任をもって異議の無いように処理し、米子市役所に対して、一切迷惑をかけないことを申し添えます。 また、送付先に変更がある場合は、必ず申し出いたします。	□ 相違ありません

●他課へ送付先設定を希望する場合は、以下の番号に〇をしてください。

1.　保険課（国保・後期高齢者医療）　　2.　長寿社会課（介護保険）
3.　生活年金課（特別医療 受給者証のみ）　　4.　健康対策課(健診・予防接種受診券)

米子市処理欄	受付（課/氏名）			合議	保険課	生活年金課	長寿社会課	健康対策課
	入力年月日/入力者							
	対象者 本人確認		備考					
	依頼人 本人確認							