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○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. 市民二課（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）
5. 障がい者支援課

米子市処理欄				合議	保険課	市民二課	長寿社会課	健康対策課	障がい者支援課
	受付（課/氏名）								
	入力年月日/入力者								
	対象者 本人確認		備考						
	依頼人 本人確認								