

顔認証マイナンバーカードの健康保険証利用の申込みに関する同意書

年 月 日

徳島市長殿

私は、下記の事項について同意いたします。

(申請者/利用者の氏名) _____

本人による署名または記名(代筆可)+押印

記

- 一 徳島市の職員が、マイナンバーカードの健康保険証利用の申込みのためにマイナンバーカードの利用者証明用電子証明書に係る暫定的な暗証番号の設定を行うこと
- 二 マイナンバーカードの健康保険証利用の申込みに当たり、徳島市の職員に前号で設定した暗証番号をマイナポータルに入力させること
- 三 マイナンバーカードの健康保険証利用の申込みのための手続(マイナポータル利用規約に係る同意を含む。)を徳島市の職員に代行させること

<<代理人が来庁する場合はこちらをご記入ください。>>

顔認証マイナンバーカードの健康保険証利用の申込みに関する委任状

年 月 日

徳島市長殿

(申請者/利用者の氏名) _____

本人による署名または記名(代筆可)+押印

私は、下記の者を代理人として顔認証マイナンバーカードの健康保険証利用の申込みの権限を委任しましたので通知します。

(代理人の氏名) _____

(本人との関係) _____