

顔認証マイナンバーカードへの切替設定申請書  
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

令和 年 月 日

加古川市長 宛

手続内容（該当の手続きに <input type="checkbox"/> を入れてください）			
<input type="checkbox"/> 顔認証マイナンバーカードへの切替設定を申請します。 ・署名用電子証明書が搭載されている場合は、失効処理を行います。 ・顔認証マイナンバーカードの利用者証明用電子証明書は、健康保険証としての利用はできませんが、マイナポータルなど暗証番号の入力を必要とする各種オンラインサービスは利用できません。			
<input type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険証利用の申込みにかかる次の事項に同意します。 ・加古川市の職員が、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 ・マイナンバーカードの健康保険証利用の申込みにあたり、加古川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 ・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。）を加古川市の職員に代行させること			

申請者	ふりがな 氏名			
	住所	加古川市		
	電話番号	- -		
	生年月日	明・大・昭・平・令・西暦 年 月 日	男女の別	男・女

委任状（ご本人様が手続きに来所される場合は記入不要です）

令和 年 月 日

加古川市長 宛

（申請者/利用者の氏名） \_\_\_\_\_

私は、下記の者を代理人として上記の手続についての権限を委任しましたので通知します。

代理人	氏名		申請者 との続柄
	住所		