

# 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・委任状

岸和田市長 様

私は、下記の事項につき、岸和田市長に対して同意し、下記の者を代理人として健康保険証利用の申込みの権限を委任します。

## 記

- 一 岸和田市市民課の職員が、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のために、岸和田市市民課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。）を岸和田市市民課の職員に代行させること
- 四 マイナポータルの手続時、エラー等により正常に健康保険証利用の申込みができない場合は、自身で医療機関等の顔認証付きカードリーダーから健康保険証利用の申込みをすること

令和 年 月 日

## 申請者/利用者の

住 所	岸和田市
氏名（署名又は記名押印）	
生 年 月 日	T S H R 年 月 日

自署が難しい場合は、代筆の上押印を行うことも可能です。

## 代理人

代理人の住所	
代理人の氏名	
本人との関係	

※申請者本人が、記入してください。自署が難しい場合は、代筆の上押印を行うことも可能です。

※職員による代行での健康保険証利用の申込みができなかった場合は、その旨をお知らせいたします（申請時来庁方式の場合はマイナンバーカード送付時）。

※申請者自身で健康保険証利用の申込みをする際は、医療機関等の顔認証付きカードリーダーをご利用ください。