

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

袋井市長 殿

私は、下記の事項につき、袋井市長に対して同意いたします。

記

- 一 袋井市の職員が、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、袋井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。）を袋井市の職員に代行させること

令和 年 月 日

（申請者/利用者の氏名） _____

※申請者の氏名欄に、申請者の署名又は記名押印を行うこと（自署が難しい場合は、代筆の上押印を行うことも可能。）。