

暗証番号を設定しないカード（顔認証マイナンバーカード）を選択される方で、健康保険証利用の申込みをご希望の方は下記同意書を記入してください。

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

半田市長殿

私は、下記の事項につき、半田市長に対して同意いたします。

1. 半田市職員が、マイナンバーカードの健康保険証利用の申込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
2. マイナンバーカードの健康保険証利用の申込に当たり、半田市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
3. マイナンバーカードの健康保険証利用の申込のための手続（マイナポータル利用規約に係る同意を含む）を半田市職員に代行させること

年 月 日

（健康保険証利用を申し込むカードの）氏名 _____

※本人が記入できない場合は「本人手が不自由のため、代理人が代筆」などと記入できない理由と誰が代筆したかわかるよう、余白に記入してください。