

暗証番号の設定を希望しない旨の申請書
(顔認証マイナンバーカードへの設定切替申請書) 兼
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 兼 委任状

1. 必要事項

以下に申請される方の氏名、住所等と申請の年月日をご記入ください。また、代理人を通じて申請される場合は委任状欄に代理人の氏名、住所等も合わせてご記入ください。

ふりがな		申請日	令和	年	月	日
氏名		生年月日	大・昭 平・令	年	月	日
住所	長野県下伊那郡高森町				男女 の別	男 ・ 女
電話番号						
代理人 の氏名			代理人の 電話番号			
代理人 の住所			本人と の関係			

申請内容を確認し、チェックをつけてください。

申請内容	顔認証マイナンバーカードへの設定切替 ☐
------	---

【注意】

- ・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用電子証明書は、健康保険証としての利用は可能ですが、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では利用できません。

同時に健康保険証利用の申込みを希望される方は以下に記入してください。

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	
長野県下伊那郡高森町長 殿	
私は、下記事項につき、高森町長に対して同意いたします。	
一	高森町の職員が、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あたり、高森町の職員に前号で設定した暗証番号を入力させること
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き（マイナポータル利用規約に係る同意を含む）を、高森町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) ※署名または記名押印

以下は代理人を通じて申請する場合のみ記入してください。

委任状

長野県下伊那郡高森町長 殿

申請者の住所	長野県下伊那郡高森町
申請者の氏名	
代理人の住所	
代理人の氏名（自署）	
本人との関係	電話番号

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への設定切替手続・健康保険証利用の申込みについでの権限を委任しましたので通知します。