

マイナンバーカード交付申請確認書  
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

(あて先) 三芳町長

令和 年 月 日

施設名

申請者氏名			
住所			
生年月日		性別	男 ・ 女
<input type="checkbox"/> マイナンバーカードの申請は施設職員が顔写真を撮ってオンラインまたは郵送で行います。 <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの交付は施設職員が三芳町役場で代理で受領します。 <input type="checkbox"/> 暗証番号の入力は町職員が行います。(顔認証カードの場合は暗証番号不要) <input type="checkbox"/> 健康保険証の利用登録は町職員が暗証番号を使ってマイナポータル上で行います。 <input type="checkbox"/> 申請後、2か月以内に三芳町から転出の予定はありませんか。 <input type="checkbox"/> 郵便局で転送手続きをしていませんか。(している場合は転送解除をお願いします。)			
保険証としての 利用確認	マイナンバーカードを保険証として利用しますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ *いいえの方でもご自身やご家族でいつでも利用登録ができます。  (はいの方のみ) どのような方法で保険証利用しますか <input type="checkbox"/> 健康保険証利用登録(マイナポータルから暗証番号を使って登録) <input type="checkbox"/> 顔認証マイナンバーカード(暗証番号不要。身分証明書と保険証利用のみ可) *どちらかを希望することができます。		
上記説明を受けて、マイナンバーカードを申請します。 令和 年 月 日 氏名 代筆者氏名 (本人との関係 )			

ご本人の意思確認が困難な方は、ご家族が下記にご記入ください

【同意書】	
マイナンバーカードの申請・受取りについて施設から説明を受け、本人のマイナンバーカードを申請することに同意します。	
令和 年 月 日	
氏名	住所
続柄	