

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

・ 出産日 ____年__月__日
・ Birth Date Year____Month__Day

・ 被保険者（出産者）
（被保険者名）
（住所）
（生年月日） ____年__月__日

・ Insured
（Name of the insured）
（Address）
（Date of birth） Year____Month__Day

____市（区町村）御中私（出産者）____と、私の世帯主____は、貴市（区町村）の職員あるいは、貴市（区町村）が委託した事業者が、出産育児一時金申請書類にある事実（出産した日時、場所、出産内容）を確認するため、申請書類の提供等によって療養行為を行った者に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを貴市（区町村）に提示することも併せて同意します。

To: ____City (Municipality) Office

I (birth who), _____ and my head of house hold, _____ authorize the City (Municipality) Office or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms. Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

署名欄

署名は、治療を受けた被保険者本人が行って下さい。なお次の場合は、親権者（本人が未成年の場合）、成年後見人（本人が成年被後見人の場合）、法定相続人（本人が死亡している場合）が署名して下さい。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

(氏名)

(住所)

(日付) ____年__月__日

(患者との関係) : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 []

※ 本同意書の有効期限は署名日から1年間です。

Signature

(Signature)

(Address)

(Date) Year__Month__Day

(Relation to the insured) : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other

※ This agreement of authorization expires twelve month after the signed date.

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.