

調査に関わる同意書 (海外出産)
Agreement of Authorization

・ 分娩日 (Delivery date) Year _____ 年 Month ____ 月 Day ____ 日

・ 分娩者氏名 (Name of person who gave birth) _____

八千代市 御中

私 (分娩した者) と、その世帯主は、貴市の職員あるいは貴市が委託した事業者が、海外出産に係る出産育児一時金の支給申請書等にある事実を確認するため、申請書等を出産されたとされる海外の医療機関に対して提供することや、当該医療機関等が支給申請に係る情報を保険者等に提供することについて同意します。

To Mayer of Yachiyo City

I as the insured person who has given birth to a child and the head of my household hereby authorize the Yachiyo City Office and its officials, or its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas childbirth benefit claim(s) filed or to be filed from the overseas medial organization in order to verify the fact of the delivery.

署名・押印欄

Signature

日付 (Date) : Year _____ 年 Month ____ 月 Day ____ 日

住所 (Address) : 八千代市 _____

氏名 (Signature) _____ 印

・ 署名した者として該当するものを選択してください。

Select the one that applies for signer

分娩者 (Person who gave birth) ・ 世帯主 (Head of my household) ・ その他 (Other) []

※下線すべてについてご記入ください。

Please fill in all underlined part.