

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

・ 出産日 _____年____月____日
・ Born day Year_____ Month____ Day____

・ 被保険者（患者）
（被保険者名） _____
（住所） _____
（生年月日） _____年____月____日

・ Insured (Patient)
（Name of the insured） _____
（Address） _____
（Date of birth） Year_____ Month____ Day____

栃木市(区町村) 御中

私、_____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、海外出産申請書類にある事実（出生日時、場所、内容）を確認するため、申請書類の提供等によって、医療機関に照会を行い、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: TochigiCity (Municipality) Office

I, _____ 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 child bearing benefit claim(s) filed or to be filed including date of born date and time, 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・押印欄

署名・押印は、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、押印して下さい。

Insured person 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) _____ 印
(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6ヵ月間です。

Signature

(Signature) _____
(Address) _____
(Date) Year _____ Month _____ Day _____

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

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