

調査に関わる同意書（海外出産）

Agreement of Authorization

- ・ 出産日 Delivery date Year _____ 年 Month _____ 月 Day _____ 日
- ・ 被保険者（出産者） Insured (Person who deliver overseas)
(被保険者名 Name of the insured) _____
(住所 Address) _____
(生年月日 Date of birth) Year _____ 年 Month _____ 月 Day _____ 日

川越市長 宛

私（出産者） _____ と、私の世帯主 _____ は、川越市の職員あるいは、川越市が委託した事業者が、海外出産育児一時金申請書類にある事実（出産日時、場所、内容等）を確認するため、申請書類の提供等によって、海外出産の介助を行った者（海外の医療機関等）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、上記確認に必要な資料として、川越市へパスポートを提示するとともに、そのコピーを提供することに同意します。

To: Mayor of Kawagoe City

I (a person who has given birth), _____ and my head of house hold _____, authorize the Kawagoe City Office or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an Childbirth Lump-Sum Allowance claim(s) filed or to be filed including date of giving birth, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms. Also, for the confirmation mentioned above I agree to show Kawagoe City Office my passport and submit a photocopy of my passport.

署名・押印欄 Signature

署名・押印は、出産し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、押印して下さい。

Insured person who has given birth 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 Signature) _____ 印

(住所 Address) _____

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

(出産者との関係 Relation to the person who has given birth)

本人 Self ・ 親権者 Guardian ・ 法定相続人 Heir ・ その他 Other [_____]