

(海外出産に係る出産育児一時金) 調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

- ・ 出産日 Date of giving birth Year_____年 Month____月 Day____日
- ・ 出産者 Insured person who gave birth to a child
(出産者氏名 Name) _____
(住所 Address) _____
(生年月日 Date of birth) Year_____年 Month_____月 Day_____日

大阪市 御中

私（出産した者）、_____と、私の世帯主、_____は、大阪市の職員あるいは、大阪市の委託した事業者が、出産申請書類にある事実（出産を行った日時、場所、助産行為の内容）を確認するため、申請書類の提供によって、助産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。

To: Osaka City Office

I (Insured person who gave birth to a child), _____ and my head of household, _____ authorize the Osaka City Office or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas Lump-Sum Birth Allowance claim(s) filed or to be filed including date of the birth, place, and any midwifery care records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.

署名欄 Signature

署名は、出産者本人が行ってください。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、してください。

Insured person who gave birth to a child 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) _____
(住所 Address) _____
(日付 Date) Year_____年 Month_____月 Day_____日
(患者との関係 Relation to the insured)
本人 Self ・ 親権者 Guardian ・ 法定相続人 Heir ・ その他 Other [_____]

※本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。

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