

## 現地医療機関等に対する照会に係る同意書(出産育児一時金)

### Letter of Consent

多摩市長 宛

私(海外出産をした者)①\_\_\_\_\_と、私の世帯主②\_\_\_\_\_は、多摩市の職員又は多摩市が委託した事業者が自ら、私が提出した出産育児一時金の支給申請書類に記載された事実(出産や手術を行った日時、場所、内容等)を確認するため、当該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。

なお、国や地域、医療機関から別途同意書や委任状等を求められた場合、当該書類に必要事項を記載することや、その他の書類が必要となる場合に当該必要書類の提示等に協力することも、併せて同意します。

To: Mayor of Tama City

I (person who deliver overseas), ①\_\_\_\_\_ and my head of house hold, ②\_\_\_\_\_ authorize the Tama City Office or its staff and its outsourcing contractor(s) to refer and obtain any and all factual information related to my application document(s) for Childbirth Lump-Sum Allowance including information of delivery or surgery date, place, and any treatment records from the delivery assistance (medical organization Surgery etc.) in order to verify the fact of the delivery.

Further, I agree to fill out other document(s) if countries, regions or medical organizations require to submit consent letter or authorization letter in their format, and agree to provide help to submit other document(s) if it is necessary along verification process written above.

・出産 Delivery date ③Year \_\_\_\_\_ 年 Month \_\_\_\_\_ 月 Day \_\_\_\_\_ 日

・海外出産をした者 Person who deliver overseas

氏名 Name ④\_\_\_\_\_

住所 Address ⑤\_\_\_\_\_

生年月日 Date of birth Year ⑥Year \_\_\_\_\_ 年 Month \_\_\_\_\_ 月 Day \_\_\_\_\_ 日

以下の署名・パスポートと同一サインの記入は、海外出産を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)が署名して下さい。  
世帯主署名欄には、世帯主本人が署名して下さい。

Insured person who deliver overseas 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.

The head of the household must sign in the space for the head of household's signature.

## 署名欄 Signature

氏名 Signature ⑦ \_\_\_\_\_

パスポートと同一サイン Passport Signature ⑦ \_\_\_\_\_

世帯主の署名 Head of household Signature ⑧ \_\_\_\_\_

住所 Address ⑨ \_\_\_\_\_

日付 Date ⑩ Year \_\_\_\_\_ 年 Month \_\_\_\_\_ 月 Day \_\_\_\_\_ 日

患者との関係 Relation to the insured

⑪ 本人 Self ・ 親権者 Guardian ・ 法定相続人 Heir ・ その他 Other [ \_\_\_\_\_ ]