

## 調査に関わる同意書

・ 出産日 \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

・ 被保険者（海外で出産した者）

（被保険者名） \_\_\_\_\_

（住所） \_\_\_\_\_

（生年月日） \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

和泉市 御中

私（海外で出産した者）、\_\_\_\_\_と、貴市の職員あるいは、貴市が委託した（再々委託まで含む）事業者が、海外出産に係る国民健康保険出産育児一時金支給申請書類にある事実（療養行為を行った日時、場所、療養内容）を確認するため、申請書類の提供等によって、当該公的機関・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、パスポートを貴市に提示することも併せて同意します。

## 署名欄

署名は、海外で出産した被保険者本人が行って下さい。なお次の場合は、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。

（氏名） \_\_\_\_\_

（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。

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。