

調査に関わる同意書  
Agreement of Authorization

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

・ 海外出産をした者

(氏名) \_\_\_\_\_

(住所) \_\_\_\_\_

(生年月日) \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

・ Person who deliver overseas

(Name) \_\_\_\_\_ (Signature) \_\_\_\_\_

(Address) \_\_\_\_\_

(Date of birth) Year\_\_\_\_\_ Month\_\_\_\_ Day\_\_\_\_

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合 御中

私、\_\_\_\_\_は、東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合の職員又は東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合が委託した事業者が、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。

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、パスポートを東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: Tokyo-sign-ad-display health insurance association

I (the person who gave birth abroad) authorize Tokyo-sign-ad-display health insurance association or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to my application document(s) for Childbirth Lump-Sum Allowance including information of delivery date, place, and any treatment records from the delivery assistance (medical organization etc.) in order to verify the fact of the delivery. Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

署名・押印欄

Signature

署名・押印は、出産した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 gave birth to a child shall sign their 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

(出産した者との関係) \_\_\_\_\_ : 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 3 ヶ月間です。

(Signature) \_\_\_\_\_  
(Address) \_\_\_\_\_  
(Date) Year \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_

(Relation to the insured person who gave birth to a child)  
: Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other [ \_\_\_\_\_ ]  
※ This agreement of authorization expires 3 month after the signed date.

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。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.