

調査に関わる同意書（出産一時金）

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

那覇市 御中

私（出産した者）、_____と、私の世帯主、_____は、那覇市の職員あるいは、那覇市が委託した事業者が、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: Naha City Office

I (Insured person who gave birth to a child), _____ and the householder, _____ authorize the Naha 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 claims filed or to be filed including the date of 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・押印欄 Signature

署名・押印は、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、押印してください。

The insured person who gave birth to a child shall sign below. However, in the following case, if the insured is under age, unable to understand, or is dead, then an adult guardian or the heir is needed to sign their signature below.

（氏名 Signature） _____ 印
（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 [_____]