

調査に関する同意書
Agreement of Authorization

- ・海外での出産日 _____年_____月_____日
・Date of childbirth in a foreign country Year_____Month____Day____

- ・海外で出産をした者
(海外で出産をした者の氏名) _____
(住所) _____
(生年月日) _____年_____月_____日

- ・Person who gave birth to a baby in a foreign country
(Name of the person who gave birth to a baby in a foreign country) _____
(Address) _____
(Date of birth) Year_____Month____Day____

越谷市長 宛

私(海外で出産をした者) _____と、私の世帯主 _____は、貴市あるいは、貴市が委託した事業者が、海外療養費申請書類にある事実(出産をした日時、場所、出産の事実)を確認するため、申請書類の提供等によって、海外の公的機関や医療機関等に対して照会を行い、当該公的機関・医療機関等から必要な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。

To: Mayor of Koshigaya City

I (person who gave birth to a baby in a foreign country), _____ and my head of household, _____ consent to authorize Koshigaya City Office, its staff and its subcontractors to refer and obtain necessary proofs including the date, the place and the evidence of childbirth described in an Overseas Medical Treatment Benefit Claim(s) from official institutions and medical organizations overseas by submitting the related application forms.

Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary for the verification process above.

署名・押印欄
Signature

署名・押印は、海外で出産をした被保険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。

An insured person who gave birth to a baby in foreign country shall sign one's signature. However, in the following cases, a guardian with parental authority (in case that the insured person is under age), guardian of adult (in case that the insured person is an adult ward), or heir at law (in case that the insured person is dead) shall sign one's signature.

(氏名) _____印
(住所) _____
(日付) _____年_____月_____日

(海外で出産した者との関係) : 本人 · 親権者 · 法定相続人 · その他 []

(Signature) _____
(Address) _____
(Date) Year_____Month____Day____

(Relationship with the person who gave birth to a baby in foreign country) : Self · Guardian · Heir · Other

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。

Note that we might ask you to fill out the designated documents if national governments, regions and medical institutions require submission of such as Agreement of Authorization or Letter of Proxy.

- ※ 下線部全てについて記入してください。
- ※ Please fill it out about all the underline parts.