

# 調査同意書

## 調査に関わる同意書 조사동의서

- 出産をした日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
- 출산일 \_\_\_\_\_년\_\_\_\_월\_\_\_\_일

- 被保険者（出産をした方）

（被保険者名） \_\_\_\_\_

（住所） \_\_\_\_\_

（生年月日） \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

- 피보험자(출산자):

（피보험자） \_\_\_\_\_

（주소） \_\_\_\_\_

（출생년월일） \_\_\_\_\_년\_\_\_\_월\_\_\_\_일

### 武蔵野市 御中

私（出産した者）、\_\_\_\_\_と、私の世帯主、\_\_\_\_\_は、貴市の職員あるいは、貴市が委託した事業者が、出産育児一時金申請書類にある事実（出産をした日時、場所、内容）を確認するため、申請書類の提供等によって、出産をした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。

### 무사시노시 귀중:

본인（출산자）\_\_\_\_\_와 저의 세대주 \_\_\_\_\_는 시 직원 혹은 그와 관련된 업무위탁업체가 출산육아일시금신청서류에 기재된 사실(출산일, 장소, 내용)을 확인하기위해, 신청서류 제공 등을 통해, 의료기관에 조회를 하거나 의료기관으로부터 정보를 제공받는데 동의합니다.

또한 위 확인에 여권사본이 필요한 경우 시에 여권을 제시하는데 동의합니다.

署名・押印欄

署名・押印は、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、押印して下さい。

출산한 피보험자본인이 서명. 날인을 하여야합니다. 또한 경우에 따라, 친권자(피보험자본인이 미성년자의 경우), 또는 성년후견인(본인이 피성년후견인인 경우) 또는 법정상속인(본인이 사망한 경우)이 서명. 날인해주시기 바랍니다.

(氏名) \_\_\_\_\_ 印

(住所) \_\_\_\_\_

(日付) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(出産した方との関係) \_\_\_\_\_ : 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1年間です。

서명. 날인

(성명): \_\_\_\_\_ 인

(주소): \_\_\_\_\_

(날짜): \_\_\_\_\_ 년 \_\_\_\_\_ 월 \_\_\_\_\_ 일

출산자와의관계: 본인. 친권자. 법정상속자. 기타( \_\_\_\_\_ )

\*본 동의서는 서명일로부터 1년간 유효합니다

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。

그 외에 만약 국가, 지역, 의료기관에서 특정 동의서 또는 위임장을 작성 할 것을 요청할 경우, 작성 하셔야 할 수도 있습니다.