

調査同意書

調査に関わる同意書

・ 出産をした日 _____年__月__日

・ 被保険者（出産をした方）

（被保険者名） _____

（住所） _____

（生年月日） _____年__月__日

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。

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。

（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。

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。