

調査同意書

調査に関わる同意書 調査同意書

- ・ 出産をした日 _____年____月____日
- ・ 分娩日期 _____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

- ・ 被保険者（産婦）

（被保険者姓名 Name of the insured） _____

（住址 Address） _____

（出生日期 Date of birth） _____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。

致：武蔵野市政府相关部门

本人（産婦）_____及本人的户主_____，同意贵市职员、或贵市的委托方为确认本人育儿临时补助费申请资料中所述事实（分娩时间、场所、分娩内容），根据申请资料，向提供产妇核实，并接受其提供的相应信息。

另，如以上确认行为须提供本人的护照复印件，本人也同意向贵市提供。

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。

須由分娩的被保険者本人签字・盖章。以下情况、请监护人（本人未成年）、成年监护人（本人为接受监护的成年人）、法定继承人（本人已死亡）签字・盖章。

(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。

署名・盖章栏

(姓名) _____ 盖章
(住址) _____
(日期) _____年____月____日
(与产妇关系) _____ : 产妇本人・监护人・法定继承人・其他 [_____]
※ 本同意书从签名起1年内有效。

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。

另外，如果国家、地区、医疗机构要求填写特定的同意书或委任状，可能需要您配合填写。