

調査に関わる同意書
조사동의서
Agreement of Authorization

川崎市 御中
가와사키시 귀중:
To: Kawasaki City Office

私（療養を受けた者）、_____と、私の世帯主、_____は、貴市（区町村）の職員あるいは、貴市（区町村）が委託した事業者が、海外出産に係る出産育児一時金の申請書類にある事実（出産した日時、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、療養行為を行った者および海外・国内の公的機関に照会を行い、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。

본인(요양을 받은자) _____ 및 저의 세대주 _____ 는 시구읍면직원 혹은 그와 관련된 업무위탁업체가 해외 출산에 관한 출산 육아 일시금의 신청서류에 기재된 사실(출산일시, 장소, 출산한 사실)을 확인하기 위해 요양을 행한 자 및 해외, 국내의 공적 기관에 조회를 하거나 해당자로부터 정보를 제공받는데 동의합니다.

I (patient who has received treatment), _____ and my head of house hold, _____ authorize the City (Municipality) Office or its staff, and its subcontractors, to refer and obtain any and all factual information related to an overseas childbirth benefit claim(s) filed or to be filed including the date and place of childbirth, and the fact of childbirth from the medical organization and public agencies at home and abroad in order to verify by submitting the related application forms.

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 작성할 것을 요청할 경우, 작성하셔야 할 수도 있습니다.

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.

署名・押印欄

서명. 날인

Signature

署名・押印は、出産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 피보험자 본인이 서명, 날인을 하여야 합니다. 아래()의 경우, 친권자(미성년자) 혹은 성년후견인(피성년후견인) 혹은 법정상속자(사망)의 서명, 날인이 필요합니다.

Insured person who has given birth shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

①署名日（서명일）（Date of signature）

_____年(년) (Year) _____月(월) (Month) _____日(일) (Day)

②出産した者の氏名（출산한 사람의 성명）（Name of person who gave birth）

③署名者(서명자) (Signer) _____ 印 인

④住所 (주소) (Address) _____

⑤生年月日（출생년월일）（Date of birth）

_____年(년) (Year) _____月(월) (Month) _____日(일) (Day)

⑥出産した者との関係（출산한 사람과의 관계）（Relation to the person who gave birth）

: 本人（본인）（Self）・親権者（친권자）（Guardian）・法定相続人（법정상속자）（Heir）・

その他（기타）（Other） [_____]

⑦出産した日時（출산 일시）（Time of childbirth）

_____年 (Year) _____月 (Month) _____日 (Day) (____時 (Hour) ____分 (Minute))

⑧ 出産した場所(医療機関名) (출산 장소(의료기관명) Place of childbirth (Name of medical organization))

⑨ 出産した場所の住所 (医療機関住所) 출산 장소의 주소(의료기관 주소)
Address of the place of childbirth (Address of medical organization)
