

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

川崎市 御中
致：川崎市政府相关部门
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。

本人（療養接受人）_____及本人的户主_____，同意贵市（区、街道、村）职员或贵市（区、街道、村）的委托方为确认海外分娩相关分娩育儿临时补助费申请资料中所述事实（分娩日期与时间、场所、分娩的事实），根据申请资料，向提供疗养者以及海外、国内的政府机构核实，并接受其提供的相应信息。

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。

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。

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

签名・盖章栏

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。

须由分娩的被保险人本人签字・盖章。以下（）情况，请监护人（本人未成年）、成年监护人（本人接受监护的成年人）、法定继承人（本人已死亡）签字・盖章。

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（署名日期）(Date of signature) _____年 (Year) _____月 (Month) _____日 (Day)

②出産した者の氏名（分娩者姓名） (Name of person who gave birth)

③署名者（**签名者**）(Signer) _____印 盖章

④住所（住址）(Address) _____

⑤生年月日（出生日期）(Date of birth) _____年 (Year) _____月 (Month) _____日 (Day)

⑥出産した者との関係（与分娩者的关系）(Relation to the person who gave birth)

：本人 (Self)・親権者（监护人）(Guardian)・法定相続人（法定继承人）(Heir)・

その他（其他）(Other) [_____]

⑦出産した日時（分娩日期与时间）(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) 分娩場所(医疗机构名称) Place of childbirth (Name of medical organization)

⑨出産した場所の住所（医療機関住所）分娩場所的地址（医疗机构地址）

Address of the place of childbirth (Address of medical organization)
