

Agreement of Authorization (調査にかかる同意書)

※医療機関照会の際に参考とするため、現地の言語で記入してください

- Person who deliver overseas (海外出産をした者)

Name (氏名) _____

Date of birth (生年月日) Year _____ Month _____ Day _____

- Delivery date (出産日) Year _____ Month _____ Day _____

- Name of Medical Institution (医療機関名) _____

- Address of Medical Institution (including postal code) (医療機関の所在地・郵便番号)

- Telephone Number of Medical Institution (医療機関の電話番号) _____

To: Lawyers' national health insurance society of Tokyo

I, the person who gave birth abroad, authorize the Lawyers' national health insurance society of Tokyo staff and its subcontractor to inquire and obtain any and all factual information related to my application document(s) for Childbirth Lump-Sum Allowance including delivery date, the place of delivery, and any treatment records from the one who assisted the delivery (medical organization etc.) in order to verify the fact of the delivery. Any photocopies of this authorization will be considered effective and valid as the original.

東京都弁護士国民健康保険組合 御中

私(海外出産をした者)は、東京都弁護士国民健康保険組合の職員または東京都弁護士国民健康保険組合が委託した事業者が、私が提出した出産育児一時金の支給申請書類に記載された出産を行った日時、場所、内容等を確認するため、当該海外出産の介助を行った者(海外の医療機関等)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。なお、本書の写真複写も本書と同じ効力があるものと認めます。

Signature (署名欄)

This document must be signed by the person who deliver overseas. However, if the person is a minor, an adult ward, or deceased, the legal guardian or legal heir must sign.

署名は、海外出産をした被保険者本人が行ってください。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)が署名してください。

Signature (署名) _____

Self (本人)・Guardian (親権者)・Heir (法定相続人)・Other (その他) ()

Address (住所) _____

Date (記入日) Year _____ Month _____ Day _____