

## 同意书

工业机械健康保险协会 收

我（海外分娩者）同意工业机械健康保险协会的委托方对于我所提出的出产育儿一时金的申请资料（分娩日期，地点，内容等）向相关医疗机构进行调查，并且同意其委托方接收相关医疗机构所提供的诊疗信息。

如果国家、自治区、医疗机构要求提供其他形式的同意书或委托书等等、我同意填写该文件的相关内容，并且协力提交所需相关资料。

・分娩日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

・海外分娩者

（姓名(签字)） \_\_\_\_\_ 印章

（住址） \_\_\_\_\_

（出生年月日） \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

（医疗机构名称） \_\_\_\_\_

（海外医疗机构地址，邮编，联系方式） \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

（医生或者助产士的姓名） \_\_\_\_\_

※ 作为诊疗记录调查时的参考，请您用医疗机构所在地语言填写医疗机构地址。

## 同意書

産業機械健康保険組合 御中

私（海外出産をした者）は、産業機械健康保険組合又は委託した事業者が自ら、私が提出した出产育儿一时金の支給申請書類に記載された事実（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、国や地域、医療機関から別途同意書や委任状等を求められた場合、当該書類に必要事項を記載することや、その他の書類が必要となる場合に当該必要書類の提示等に協力することも、併せて同意します。

・出産日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

・海外出産をした者

（氏名(自署)） \_\_\_\_\_ 印

（住所） \_\_\_\_\_

（生年月日） \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

（医療機関名） \_\_\_\_\_

（海外の医療機関の所在地・郵便番号・電話番号） \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

（医師または助産師の名前） \_\_\_\_\_

※ 医療機関照会の際に参考とするため、海外の医療機関の所在地は現地の言語で表記してください。