

Letter of Consent

To : INDUSTRIAL MACHINE HEALTH INSURANCE SOCIETY

I, the person who gave birth abroad, authorize INDUSTRIAL MACHINE HEALTH INSURANCE SOCIETY and its outsourcing contractor(s) 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.

Further, I agree to cooperate in providing additional documents along with filling out any consent letter or authorization letter that countries, regions or medical organizations may additionally require.

• Delivery date Year _____ Month _____ Day _____

• Person who gave birth overseas

(Name) _____

(Signature) _____

(Address) _____

(Date of birth) Year _____ Month _____ Day _____

(Name of Medical Institution) _____

(Address including postal code and telephone number of the medical institution overseas)

(Name of the attending doctor or midwife) _____

※Please write in the local language of where the medical organization is located. We will be referring to it during the inquiry.

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、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)) _____

(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。