

調査に関わる同意書／调查同意书
Agreement of Authorization／조사동의서
(出産育児一時金申請用)

・被保険者（出産した者）

（被保険者名） _____（生年月日） _____年__月__日

（住所） _____（出産した日） 令和__年__月__日

福岡市 御中

私（出産した者）、 _____と、私の世帯主、 _____は、貴市の職員あるいは、貴市が委託した事業者が、出産育児一時金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、海外の公的機関や医療機関等に対して照会を行い、当該機関から照会に対する必要な情報の提供を受けることに同意します。また、上記確認にあたり、パスポートを貴市に提示することも併せて同意します。

署名欄

（氏名） _____

（住所） _____（日付） 令和__年__月__日

（出産した者との関係）：本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 [_____]

※ 本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。

※ 署名は、出産した被保険者本人が行って下さい。なお（ ）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）が署名して下さい。

・被保険者（産婦）

（被保険者姓名） _____（出生日期） _____年__月__日

（住址） _____（婴儿出生日期） 令和__年__月__日

致：福岡市政府相关部门

本人（産婦） _____及本人的户主 _____，同意贵市职员或贵市的委托方为确认本人生育育儿补助费申请资料中所述事实（婴儿出生时间、场所、生育事实），根据申请资料，向海外政府相关部门和医疗机构等核实，并接受该机构提供的相应信息。另，本人也同意向贵市提供本人的护照复印件。

签名栏

（姓名） _____

（住址） _____（日期） 令和__年__月__日

（与产妇关系） _____：本人 ・ 监护人 ・ 法定继承人 ・ 其他 [_____]

※本同意书从签名起 6 个月内有效。

※须由接受治疗的被保险者（产妇）本人签字。以下（ ）情况，请监护人（本人未成年）、成年监护人（本人为接受监护的成年人）、法定继承人（本人已死亡）签字。

• Insured person who has given birth

Name of the insured: _____

Date of birth of insured person: Year (Reiwa) _____ Month _____ Day _____

Address: _____

Date of delivery: Year _____ Month _____ Day _____

To: Fukuoka City Office

I (insured who has given birth), _____ and my head of house hold, _____ authorize the City Office or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to a Claim(s) for Payment of Lump-Sum Benefits for Childbirth and Childcare filed or to be filed including the delivery date, delivery place, and the fact of childbirth, from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms. Also, I agree to submit a photocopy of my passport.

Signature

Name _____

Signature _____

Address _____

Date Year (Reiwa) _____ Month _____ Day _____

(Relation to the insured person who has given birth) : Self · Guardian · Heir · Other

* This agreement of authorization expires six months after the signed date.

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

• 피보험자 (출산한 자) :

(피보험자명) _____ (생년월일) _____ 년 월 일

(주소) _____ (출산일) 레이와 _____ 년 _____ 월 _____ 일

후쿠오카시 귀중 :

본인(출산한 자) _____ 과 저의 세대주 _____ 는 귀 시의 직원 혹은 귀 시가 위탁한 사업자가 출산육아일시금 신청서류에 기재된 사실 (출산일시, 장소, 출산 사실의 여부)을 확인하기 위해 신청서류 등을 제공하여 해외의 공적기관이나 의료기관 등에서 조회를 실시, 해당기관에서의 조회에 필요한 정보를 제공하는데에 동의합니다. 아울러 상기 사항을 확인하는데에 있어서 여권을 귀 시에 제시하는데에 동의합니다.

서명

(성명): _____

(주소): _____ (날짜): 레이와 _____ 년 _____ 월 _____ 일

(출산한 자와의 관계) : 본인 · 친권자 · 법정상속인 · 기타 ()

* 본 동의서의 유효기간은 서명일로부터 6개월입니다.

* 서명·날인은 출산한 피보험자 본인이 하여야 합니다. 그러나 ()의 경우는, 친권자 (본인이 미성년인 경우), 성년후견인(본인이 성년피후견인인 경우), 법정상속인(본인이 사망한 경우)이 서명 하시기 바랍니다.