

## 調査に関わる同意書（海外出産に係る出産育児一時金）

・被保険者証の記号番号  島 8 -

・被保険者（海外で出産した者）

（氏名） \_\_\_\_\_

（住所） \_\_\_\_\_

（生年月日） \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

・出産日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

いわき市長 様

私（海外で出産した者） \_\_\_\_\_ と、私の世帯主は、いわき市あるいは、いわき市が委託した事業者が、海外出産に係る国民健康保険出産育児一時金支給申請書類にある事実（出産をした日時、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、当該公的機関・医療機関等から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、パスポートの写しが必要なため、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

（日付） \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

（住所） \_\_\_\_\_

（氏名） \_\_\_\_\_

（海外で出産した者との関係）

本人 ・ 世帯主 ・ 法定相続人 ・ その他 [ \_\_\_\_\_ ]