

同意書

ミットヨ健康保険組合 御中

私(海外出産をした者)は、ミットヨ健康保険組合又はミットヨ健康保険組合が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

・海外の医療機関の名称・所在地

(名称)

(所在地)

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