

調査に関わる同意書（海外出産）

・ 出産日 ____年__月__日

・ 被保険者（出産をした者）

（氏名）

（住所）

（生年月日） ____年__月__日

長野市 御中

私（出産をした者）、_____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、海外出産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、海外の公的機関や医療機関等に照会を行い、当該公的機関・医療機関等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。

また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、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・押印欄

署名・押印は、出産をした被保険者本人が行って下さい。なお次の場合は、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、押印して下さい。

（氏名） _____印

（住所）

（日付） ____年__月__日

（分娩者との関係） : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 []

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。