

(別紙)

同意書
Letter of Consent

大同特殊鋼健康保険組合 御中

私（海外出産をした者） **大同 花子** は、大同特殊鋼健康保険組合の職員又は大同特殊鋼健康保険組合が委託した事業者が、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。

To: Daido Steel Health Insurance Society

I, as a person who deliver overseas, authorize Daido Steel Health Insurance Society or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to my application document(s) for Childbirth Lump-Sum Allowance including information of delivery date, place, and any treatment records from the delivery assistance (medical organization etc.) in order to verify the fact of the delivery. Further, I agree to fill out other document(s) if countries, regions or medical organizations require to submit consent letter or authorization letter in their format, and agree to provide help to submit other document(s) if it is necessary along verification process written above.

・出産日	(和暦)	令和●	年	●	月	●	日
・Delivery Date		Year	●●●●	Month	●	Day	●
	(西暦)						
・海外出産をした者	【注意】 出産した者が被扶養者の場合は、被扶養者本人の署名・捺印が必要です						
氏名(自署)	大同 花子						大同
住所	●●●●●…(日本語)						
生年月日	(和暦)	平成●	年	●	月	●	日
・Person who deliver overseas							
Name (Signature)	Hanako Daido						
Address	●●●●●…(英語)						
Date of birth		Year	●●●●	Month	●	Day	●
	(西暦)						