

海外出産の申請に必要ですので、各項目について記入願います。

Please fill out each item for applying an overseas medical treatment benefit claim(s).

調査に関わる同意書

・ 出産日 (Delivery date) _____年____月____日

・ 出産した方 (Person who deliver overseas)

氏 名 (Name) _____

住 所 (Address) _____

生年月日 (Date of birth) _____年____月____日

渋谷区長 殿

私（海外出産をした者）_____と、私の世帯主_____は、渋谷区の職員あるいは、渋谷区が委託（再々委託まで含む）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ある事実（出産を行った日時、場所、内容等）を確認するため、申請書類の提供等によって、当該海外出産の介助を行った者に照会を行い、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。
また、上記確認にあたり、旅券等のコピーが必要なため、旅券を渋谷区に提示することも併せて同意します。

署名欄

署名は、出産をした者が行って下さい。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）が署名し、併せて証明書類をご提出下さい。

氏名 (Signature) _____

住所 (Address) _____

記入した日 (Date) _____年____月____日

出産した者との関係 (Relation to the Patient)

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一年間です