**（海外出産に係る出産育児一時金）調査に関わる同意書**

**Agreement of Authorization**

**・出産日　Date of giving birth　Year 　　年Month　　月　Day　　日**

**・出産者（海外で出産した者）Insured person who gave birth to a child**

**（氏名）Name**

**（住所）Address**

**（生年月日）Date of birth Year 　 年　Month　　月　Day　　日**

**三木市　御中**

**私（出産した者）、　　　　　　　と、私の世帯主、　　　　　　　は、三木市の職員あるいは、三木市が委託した事業者が、出産申請書類にある事実（出産を行った日時、場所、助産行為の内容）を確認するため、申請書類の提供によって、助産行為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。**

**To: Miki City Office**

**I（Insured person who gave birth to a child）, 　 and my head of household, 　 authorize the Miki City Office or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas Lump-Sum Birth Allowance claim(s) filed or to be filed including date of the birth, place, and any midwifery care records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.**

**署名・押印欄 Signature**

**（氏名）Signature 　 　　㊞**

**（住所）Address**

**（日付）Date　　Year　　　　年　Month　　月　Day　　日**

**（被保険者との関係）Relation to the insured**

**本人 Self ・ 世帯主Head of household ・ 法定相続人 Heir ・**

**その他 Other（　　　　　　　）**