

**同意書**  
**Letter of Consent**

東京薬業健康保険組合 御中

私（海外出産をした者）は、東京薬業健康保険組合又は東京薬業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。

To: Tokyo Pharmaceutical Industry Health Insurance Society

I, as a person who deliver overseas, authorize Tokyo Pharmaceutical Industry Health Insurance Society and its outsourcing contractor(s) 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                    \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日  
・ Delivery date        Year\_\_\_\_\_Month\_\_Day\_\_

・ 海外出産をした者  
  (氏名 (自署) )            \_\_\_\_\_  
  (住所)                    \_\_\_\_\_  
  (生年月日)              \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

・ Person who deliver overseas  
  (Name)                    \_\_\_\_\_  
  (Address)                \_\_\_\_\_  
  (Date of birth)        Year\_\_\_\_\_Month\_\_Day\_\_

**署名欄**  
**Signature**

署名は治療を受けた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）が署名して下さい。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

(氏名 (自署)) \_\_\_\_\_  
(住所) \_\_\_\_\_  
(日付) \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

(患者との関係) : 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6ヵ月間です。

(Signature) \_\_\_\_\_  
(Address) \_\_\_\_\_  
(Date) Year\_\_\_\_\_Month\_\_Day\_\_

(Relation to the insured) : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other

※ This agreement of authorization expires 6 month after the signed date.

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。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.