同意書 (Letter of Consent)

東京都医業健康保険組合 宛

| 私 (出産をした者) 組合の職員又は東京都医業健康保険組合 支給申請書類に記載された事実 (出産 当該海外出産の介助を行った者 (海外の 対する情報の提供を受けることに同意 なお、国や地域・医療機関から、別途 必要事項を記載することや、その他の 協力することも、併せて同意します。 | を行った日時、場所 の医療機関等)に照 意します。 st同意書や委任状等を | 、内容等)を確認 会を行い、当該者 求められた場合、 | 達手当金のはするため、 から照会に 当該書類に |
|---|--|----------------------------------|-------------------------------|
| To: Tokyo Capital Medical practice health insurance association I, as a person who deliver overseas, authorize Tokyo Capital Medical practice health insurance association or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to my application document(s) for Maternity 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 (Delivery Date) ・氏名 (Mother's legal name) | 年(Year) | 月(Month) | 日(Day) |
| · 住所 (Address) | | | |
| ・生年月日 (Date of birth) — | 年(Year) | 月(Month) | 日(Day) |
| ・署名日 (Signed Date) _ | 年(Year) | 月(Month) | 日(Day) |