

## 調査に関わる同意書

出産日 令和 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_

自宅住所 \_\_\_\_\_

生年月日 昭・平 年 月 日

酒フーズ健康保険組合 御中

私(海外出産をした者) \_\_\_\_\_ は、貴健康保険組合の職員あるいは、貴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、上記確認に必要な資料として、貴健康保険組合へパスポートの写しを提供することに同意します。

## 署名欄

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

自宅住所 \_\_\_\_\_

日付 令和 年 月 日

患者との関係 本人・被扶養者・その他( \_\_\_\_\_ )

本同意書の有効期限は署名日から1年間です。