

調査同意書

調査に関わる同意書

・出産をした日 年 月 日

・被保険者(出産をした方)

(被保険者名) _____

(住所) _____

(生年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

岩見沢市 御中

私(出産した者)、と、私の世帯主、_____は、貴市の職員あるいは、貴市が委託をした事業者が、出産育児一時金申請書類にある事実(出産した日時、場所、内容)を確認するため、申請書類の提供等によって、出産をした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。

署名・押印欄

署名・押印は、出産をした被保険者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、押印して下さい。

(氏名) _____ 印

(住所) _____

(日付) _____ 年 _____ 月 _____ 日

(出産した方との関係)：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1年間です。

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。