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。