

同意書
Letter of Consent

LIXIL 健康保険組合 御中

私（海外出産をした者）は、LIXIL 健康保険組合又は LIXIL 健康保険が委託した事業所が自ら、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: LIXIL Health Insurance Society

I, as a person who deliver overseas, authorize LIXIL 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 organization 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 _____

・ 海外出産した者

(氏名 (自署)) _____ 印

(住所) _____

(生年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

・ Person who deliver overseas

(Name) _____

(Address) _____

(Date of birth) Year _____ Month _____ Day _____