

同意書  
Letter of Consent

ジェイティ健康保険組合 御中

私（海外出産をした者）は、ジェイティ健康保険組合又はジェイティ健康保険組合が委託した事業者が自ら、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: JT Health Insurance Association

I, as a person who deliver overseas, authorize JT Health Insurance Association or 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 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.

1. 出産日年月日 Delivery date

Year (年) Month (月) Day (日)

2. 海外出産をした者 Person who deliver overseas

氏名 (自署) Signature

住所 Address

生年月日 Date of birth Year (年) Month (月) Day (日)

\* 海外医療機関連絡先情報

(Address including postal code and phone number of the medical institution overseas)

3. 記入日 Date of consent

Year (月) Month (月) Day (日)

※ 医療機関照会の際の参考とする為、海外の医療機関の所在地は現地の言語で表記してください。

Please write in the local language. We will be referring to it during the inquiry.

※ 本同意書の有効期限は署名日から6か月間です。

This agreement of authorization expires 6 months after the signed date.