

동 의 서

전국건강보험협회 귀중

나(해외에서 출산한 자)는 전국건강보험협회 또는 전국건강보험협회가 위탁한 사업자가 본인이 제출한 출산육아 일시금의 지급신청서류에 기재된 사실(출산일시, 장소, 내용 등)을 확인하기 위해 해당 해외출산에 도움을 준 자(해외의료기관 등)에게 조회를 행하는 일, 해당자로부터 조회에 대한 정보를 제공 받는 일에 동의합니다.

또한 국가나 지역, 의료기관으로부터 별도 동의서나 위임장 등을 요구하는 경우 해당 서류에 필요사항을 기재하는 것과 그 외 서류가 필요로 하는 경우에 해당 필요서류의 제시 등에도 협력하는 것을 동의합니다.

- 출산일 _____년_____월_____일
- 해외출산자
(성명(서명)) _____인
(주소) _____
(생년월일) _____년_____월_____일
(해외 의료기관의 소재지, 우편번호, 전화번호) _____

※ 의료기관조회시 참고를 위해 소재지는 현지의 언어로 표기해 주십시오.

同意書

全国健康保険協会 御中

私(海外出産をした者)は、全国健康保険協会又は全国健康保険協会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。

- 出産日 _____年_____月_____日
- 海外出産をした者
(氏名(自署)) _____印
(住所) _____
(生年月日) _____年_____月_____日
(海外の医療機関の所在地・郵便番号・電話番号) _____

※ 医療機関照会の際に参考とするため、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。

管理番号 _____