

Persetujuan tertulis

Kepada : JAPAN HEALTH INSURANCE ASSOCIATION
(ASOSIASI ASURANSI KESAHATAN JEPANG)

Saya, sebagai orang yang mengirim ke luar negeri, memberi otorisasi kepada JAPAN HEALTH INSURANCE ASSOCIATION (ASOSIASI ASURANSI KESAHATAN JEPANG) dan kontraktor outsourcingnya untuk merujuk dan mendapatkan informasi faktual apa pun yang terkait dengan dokumen aplikasi saya untuk Tunjangan Jumlah Kelahiran Anak termasuk informasi tanggal pengiriman, tempat, dan catatan perawatan apa pun dari bantuan persalinan (organisasi medis, dll.) untuk memverifikasi fakta persalinan.

Saya juga setuju untuk mengisi dokumen lain jika negara, wilayah atau organisasi medis perlu menyerahkan surat persetujuan atau surat otorisasi dalam format mereka, dan setuju untuk memberikan bantuan untuk menyerahkan dokumen lain jika diperlukan selama proses verifikasi tertulis di atas.

• Tanggal Iahir Tahun _____ Bulan _____ Hari _____

• Sapa yang melahirkan

(Nama) _____ (Tanda Tangan) _____

(Alamat) _____

(Tanggal lahir) Tahun _____ Bulan _____ Hari _____

(Alamat Institusi Medis, Nomor telepon) _____

* Silakan isi bahasa setempat

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。