

調査にかかわる同意書

・ 出産日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

・ 被保険者（出産者）

（被保険者氏名） _____

（住所） _____

（生年月日） _____ 年 _____ 月 _____ 日

南城市長 様

私（出産をした者）、 _____ は、南城市及び南城市が委託（再々委託まで含む）した事業者が、出産育児一時金申請書類にある事実（出産を行った日時、場所、療養内容）を確認するため、申請書類の提供等によって、出産介助を行った者に照会を行い、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ください。なお次の場合は、保護者（本人が未成年者の場合）、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、併せて証明書類をご提出ください。

（氏名） _____ 印

（住所） _____

（日付） _____ 年 _____ 月 _____ 日

（患者との関係）：本人・保護者・その他 [_____]