

Letter of Consent

To : OSAKA KOWAN HEALTH INSURANCE ASSOCIATION

I, as a person who deliver overseas, authorize OSAKA KOWAN HEALTH INSURANCE ASSOCIATION 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 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.

• Delivery date Year _____ Month _____ Day _____

• Person who deliver overseas

(Name) _____

(Address) _____

(Date of birth) Year _____ Month _____ Day _____

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

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

同意書

大阪港湾健康保険組合 御中

私（海外出産をした者）は、大阪港湾健康保険組合又は大阪港湾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。

• 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。