

調査に関わる同意書  
Agreement of Authorization

調査同意書

조사동의서

**หนังสือแสดงความยินยอมที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจ**

- 出産した日時 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 (\_\_\_\_時\_\_\_\_分)  
Time of childbirth Year\_\_\_\_\_ Month\_\_\_\_ Day\_\_\_\_ (\_\_\_\_Hour\_\_\_\_Minute)  
分娩日期与时间 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
출산 일시 \_\_\_\_\_년\_\_\_\_월\_\_\_\_일  
**คลอดบุตร วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ ปี \_\_\_\_\_**
- 出産した場所 (医療機関名) \_\_\_\_\_  
Place of childbirth (Name of medical organization) \_\_\_\_\_  
分娩场所 (医疗机构名称) \_\_\_\_\_  
출산 장소 (의료기관명) \_\_\_\_\_  
**สถานที่คลอดบุตร (ชื่อสถานพยาบาล) \_\_\_\_\_**
- 出産した場所の住所 (医療機関住所) \_\_\_\_\_  
Address of the place of childbirth (Address of medical organization) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
分娩场所的地址 (医疗机构地址) \_\_\_\_\_  
출산 장소의 주소 (의료기관 주소) \_\_\_\_\_  
**ที่อยู่ของสถานที่คลอดบุตร (ที่อยู่ของสถานพยาบาล) \_\_\_\_\_**
- 被保険者 (出産した者の氏名) \_\_\_\_\_  
(住所) \_\_\_\_\_  
(生年月日) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
- Insured (Name of person who gave birth) \_\_\_\_\_  
(Address) \_\_\_\_\_  
(Date of birth) Year\_\_\_\_\_ Month\_\_\_\_ Day\_\_\_\_
- 被保険者姓名 (分娩者姓名) \_\_\_\_\_  
(住址 Address) \_\_\_\_\_  
(出生日期 Date of birth) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
- 피보험자 (출산한 사람의 성명):  
(피보험자) \_\_\_\_\_  
(주소) \_\_\_\_\_  
(출생년월일) \_\_\_\_\_년\_\_\_\_월\_\_\_\_일

• ผู้เอาประกันภัย (ชื่อผู้ให้กำเนิด)  
(ชื่อผู้เอาประกันภัย) \_\_\_\_\_  
(ที่อยู่) \_\_\_\_\_  
(วันเดือนปีเกิด) วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ ปี \_\_\_\_\_

豊中市(区町村) 御中

私(療養を受けた者)、\_\_\_\_\_と、私の世帯主、\_\_\_\_\_は、  
貴市(区町村)の職員あるいは、貴市(区町村)が委託(再々委託まで含む)した事業者が、  
海外出産に係る出産育児一時金の申請書類にある事実(出産した日時、場所、出産の事実)  
を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者および海外・国内の公  
的機関に照会を行い、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。  
また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを貴市  
(区町村)に提示することも併せて同意します。

To: Toyonaka City (Municipality) Office

I (patient who has received treatment), \_\_\_\_\_ and my head of house  
hold, \_\_\_\_\_ authorize the City (Municipality) Office or its staff, and  
its subcontractors (including sub-subcontractors), to refer and obtain any and all factual  
information related to an overseas childbirth benefit claim(s) filed or to be filed  
including the date and place of childbirth, and the fact of childbirth from the medical  
organization and public agencies at home and abroad in order to verify by submitting  
the related application forms.

Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification  
process written above.

致：丰中市（区、街道、村）政府相关部门

本人（疗养接受人）\_\_\_\_\_及本人的户主\_\_\_\_\_，同意贵市（区、街道、  
村）职员或贵市（区、街道、村）的委托方（含再委托及再再委托）为确认海外分娩相关分  
娩育儿临时补助费申请资料中所述事实（分娩日期与时间、场所、分娩的事实），根据申请资  
料，向提供疗养者以及海外、国内的政府机构核实，并接受其提供的相应信息。

另，如以上确认为须提供本人的护照复印件，本人也同意向贵市（区、街道、村）提供。

도요시구읍면 귀중:

본인(요양을 받은자) \_\_\_\_\_ 및 저의 세대주 \_\_\_\_\_는 시구읍면직원 혹은  
그와 관련된 업무위탁업체(재위탁포함)가 해외 출산에 관한 출산 육아 일시금의  
신청서류에 기재된 사실(출산일시, 장소, 출산한 사실)을 확인하기 위해 요양을 행한 자  
및 해외, 국내의 공적 기관에 조회를 하거나 해당자로부터 정보를 제공받는데  
동의합니다.

또한 위확인에 여권사본이 필요한 경우 시구읍면에 여권을 제시하는데 동의합니다.

เรียน ที่ทำการเมือง (อำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน) Toyonaka  
ข้าพเจ้า (ผู้ได้รับการรักษาพยาบาล) \_\_\_\_\_ และ  
หัวหน้าครอบครัวของข้าพเจ้า \_\_\_\_\_

ขอขอร้องให้เจ้าพนักงานของที่ทำการเมือง  
(อำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน)ของท่าน หรือ บุคคลผู้ประกอบธุรกิจ

ซึ่งได้รับการว่าจ้างจากที่ทำการเมือง (อำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน) ในการดำเนินการสอบถามจากผู้ที่ให้การรักษารวมทั้งสอบถามจากหน่วยงานรัฐทั้งในและต่างประเทศ (รวมถึงการมอบหมายต่อช่วง) และยินยอมที่จะให้ข้อมูลเมื่อมีการสอบถามจากผู้ที่เกี่ยวข้อง จาก ข้อมูล เอกสาร คำร้อง ที่ ยื่น มา เพื่อตรวจสอบข้อมูลรายละเอียดข้อเท็จจริงของหนังสือคำร้องขอเงินสงเคราะห์ในการคลอดและเลี้ยงดูบุตรกรณีคลอดบุตรที่ต่างประเทศ เช่น วันเวลาที่คลอดบุตร สถานที่และขอเท็จจริงเกี่ยวกับการคลอดบุตร และในกรณีที่จำเป็นต้องใช้สำเนาหนังสือเดินทางเพื่อยืนยันข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ก็ จะ ยิน ยอม ส่ง มอบ หนังสือ เดินทาง ให้ แก่ เมือง (อำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน)

署名・押印欄

Signature

签名・盖章栏

서명. 날인

การลงนาม・ประทับตรา

署名・押印は、出産した被保険者本人が行って下さい。なお次の場合は、親権者（本人が未成年の場合）、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、押印して下さい。

Insured person who has given birth shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

须由分娩的被保险人本人签字・盖章。以下（）情况，请监护人（本人未成年）、成年监护人（本人接受监护的成年人）、法定继承人（本人已死亡）签字・盖章。

출산한 피보험자 본인이 서명, 날인을 하여야 합니다. 아래( )의 경우, 친권자(미성년자) 혹은 성년후견인(피성년후견인) 혹은 법정상속자(사망)의 서명, 날인이 필요합니다.

ให้ผู้เอาประกันภัยที่ให้กำเนิดบุตรเป็นผู้ลงนามและประทับตรา  
อย่างไรก็ตามในกรณีดังต่อไปนี้ ผู้ปกครอง  
(กรณีที่ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์) ผู้ปกครองผู้ใหญ่  
(กรณีที่ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้ใหญ่ที่ต้องได้รับการปกครอง)  
ทายาทโดยธรรม (กรณีที่ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต)  
จะเป็นผู้ลงนามและประทับตรา

(出産した者の署名) \_\_\_\_\_ 印

(住所) \_\_\_\_\_

(署名日) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

(出産した者との関係) : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 [ \_\_\_\_\_ ]

※ 本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。

(Signature of person who gave birth) \_\_\_\_\_  
(Address) \_\_\_\_\_  
(Date of signature) Year \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_  
(Relation to the person who gave birth) : Self · Guardian · Heir · Other [ \_\_\_\_\_ ]  
※ This agreement of authorization expires six month after the signed date.

(分娩者署名) \_\_\_\_\_ 盖章  
(住址) \_\_\_\_\_  
(署名日期) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
(与分娩者的关系) : 本人 · 监护人 · 法定继承人 · 其他 [ \_\_\_\_\_ ]  
※ 本同意书从签名起6个月内有效。

(출산한 사람의 성명): \_\_\_\_\_인  
(주소): \_\_\_\_\_  
(서명일): \_\_\_\_\_년 \_\_\_\_\_월 \_\_\_\_\_일  
출산한 사람과의 관계: 본인, 친권자, 법정상속자, 기타 [ \_\_\_\_\_ ]  
※ 본 동의서는 서명일부터 6개월까지 유효합니다

(ชื่อผู้ที่ให้กำเนิดบุตร) \_\_\_\_\_  
(ที่อยู่) \_\_\_\_\_  
(วันที่ลงลายมือชื่อ) วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ ปี \_\_\_\_\_  
(ความสัมพันธ์กับผู้ให้กำเนิดบุตร) : ตัวผู้ป่วยเอง · ผู้ปกครอง ·  
ทายาทโดยธรรม · อื่นๆ  
※ หนังสือแสดงความยินยอมนี้มีอายุ 6 เดือนนับจากวันที่ลงนาม

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.

另外，如果国家、地区、医疗机构要求填写特定的同意书或委任状，可能需要您配合填写。

그 외에 만약 국가, 지역, 의료기관에서 특정 동의서 또는 위임장을 작성할 것을 요청할 경우, 작성하셔야 할 수도 있습니다.

อนึ่ง ในกรณีที่หน่วยงานของรัฐ องค์กรท้องถิ่น หรือ สถาบันทางการแพทย์ ขอเอกสาร เช่น หนังสือยินยอม หรือ หนังสือมอบอำนาจ เราอาจจะขอให้กรอกหัวข้อที่จำเป็นในเอกสารที่กำหนด