

(表面)

窓空宛名

県
国民健康保険
被保険者証
兼高齢受給者証
記号

有効期限

年 月 日

発効期日

年 月 日

番号

(枝番)

氏 名

生 年 月 日

年 月 日

性 別

適用開始年月日

年 月 日

負担割合 割

交 付 年 月 日

年 月 日

世 帯 主 氏 名

住 所

印

保険者番号

交付者名 市

お手元の国民健康保険被保険者証兼高齢受給者証の有効期限は 年 月 日となります。

郵送いたしました国民健康保険被保険者証兼高齢受給者証については、 年 月 日以降医療機関にご提示ください。

(裏面)

注意事項 保険医療機関等において診療を受けようとするときは、必ずこの証をその窓口で渡してください。

備 考

以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思を表示することができます。記入する場合は、1から3までのいずれかの番号を で囲んでください。

- 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植の為に臓器を提供します。
- 私は、心臓が停止した死後に限り、移植の為に臓器を提供します。
- 私は、臓器を提供しません。

《1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。》

じん すい

【 心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球 】

[特記欄：]

署名年月日： 年 月 日

本人署名(自筆)：

家族署名(自筆)：