

窓空宛名

(お問い合わせ先)  
〒000-0000  
〇〇市〇〇町1丁目2番3号  
国保課  
電話番号 000-000-0000

(表面)

〇 〇 県 有効期限 年 月 日  
国民健康保険  
資格確認書 (特別療養)

記号 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  
交付年月日 年 月 日  
世帯主氏名  
住所

保険者番号  
交付者名 〇〇市

印

(裏面)

注意事項

この証で診療を受けるときは、診療費用の全額を支払ってください。

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。

1. 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。
2. 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。
3. 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。》

【 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):