

窓空宛名

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: 90%;"> <h2 style="margin: 0;">〇〇県 国民健康保険資格確認書</h2> </div>									
有効期限			年		月		日		
発効期日			年		月		日		
記 号		番 号		(枝番)					
氏 名							性別		
生 年 月 日		年		月		日			
適用開始年月日		年		月		日			
交付年月日		年		月		日			
一部負担金の割合		割							
世 帯 主 氏 名									
住 所									
保 険 者 番 号 並 び に 交 付 者 の 名 称 及 び 印		<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 10px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: -5px; left: 0; right: 0; height: 5px; background-color: black;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 10px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: -5px; left: 0; right: 0; height: 5px; background-color: black;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 10px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: -5px; left: 0; right: 0; height: 5px; background-color: black;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 10px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: -5px; left: 0; right: 0; height: 5px; background-color: black;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 10px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: -5px; left: 0; right: 0; height: 5px; background-color: black;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 10px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: -5px; left: 0; right: 0; height: 5px; background-color: black;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 10px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: -5px; left: 0; right: 0; height: 5px; background-color: black;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 10px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: -5px; left: 0; right: 0; height: 5px; background-color: black;"></div> </div> </div>							
		<div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin: 10px 0;"> 〇〇市 <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center; width: 100px;"> 印 </div> </div>							

(裏面)

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・^{じん}脾臓・^{すい}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): _____