

# 窓空宛名

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <span style="font-size: 1.2em;">〇〇県 国民健康保険資格確認書</span> </div>									
有効期限 交付年月日					年 月 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					
負担割合・発効期日				割 ・ 年 月 日					
限度区分・発効期日				・ 年 月 日					
長期入院該当日				年 月 日					
特定疾病区分・発効期日				・ 年 月 日					
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="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>					
				<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 50px; margin: 0 auto; text-align: center; vertical-align: middle;"> <span style="font-size: 1.5em;">印</span> </div>					
				<span style="font-size: 1.2em;">〇〇市</span>					

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
すい

 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)： \_\_\_\_\_