

(表面)

窓空宛名

○ ○ 県  
国民健康保険  
被 保 険 者 証

有効期限 年 月 日

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 ○○市

印

○○市国保課  
○○市1丁目2番3号

(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)：