

(表面)

窓空宛名

〇 〇 県  
国民健康保険  
被保険者証  
兼高齢受給者証  
記号  
氏 名  
生 年 月 日  
適用開始年月日  
交 付 年 月 日  
世 帯 主 氏 名  
住所

有効期限 年 月 日  
発効期日 年 月 日  
番号 (枝番)  
年 月 日 性 別  
年 月 日 負担割合 割

保険者番号

交付者名 〇〇市

印

〇〇市国保課  
〇〇市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・脾臓・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)： \_\_\_\_\_