

窓空宛名

(表面)

〇〇県
国民健康保険被保険者資格証明書
有効期限 年 月 日 まで
交付年月日 年 月 日 交付

記号		番号	(枝番)	
世帯主	住所			
	氏名			
被保険者	氏名			
	生 年 月 日	年 月 日		
交付者	保険者番号並びに交付者の名称及び印	交付者名〇〇市		
		保険者番号	印	

(裏面)

注意事項

1 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。

2 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。

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。》

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)：