

窓空宛名

お手元の国民健康保険資格証明書の有効期限は 年 月 日となります。  
郵送いたしました国民健康保険資格証明書については、 年 月 日以降  
医療機関にご提示ください。

( 表面 )

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	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、 <u>脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも</u> 、移植の為に臓器を提供します。	
2. 私は、 <u>心臓が停止した死後に限り</u> 、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)：	