

(表面)

窓空宛名

県	有効期限	年	月	日
国民健康保険 被保険者証				
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	

お手元の国民健康保険被保険者証の有効期限は 年 月 日となります。

郵送いたしました国民健康保険被保険者証については、 年 月 日以降医療機関にご提示ください。

(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。	
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)：	