

窓空宛名

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: 90%;"> 〇〇県 国民健康保険資格確認書 </div>									
有効期限			年		月		日		
発効期日			年		月		日		
記 号		番 号		(枝番)					
氏 名							性別		
生 年 月 日		年		月		日			
適用開始年月日		年		月		日			
交付年月日		年		月		日			
一部負担金の割合		割							
世 帯 主 氏 名									
住 所									
保 険 者 番 号 並 び に 交 付 者 の 名 称 及 び 印		<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> </div>							
		<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 10px;"> 〇〇市 <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 印 </div> </div>							

(裏面)

※ 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。》

【
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)：_____