

窓空宛名

電話番号 000-000-0000

○ ○ 県	有効期限	年	月	日
国民健康保険				
資格確認書				
記号	番 号			(枝番)
氏 名				
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
負担割合・発効期日	割 ・	年	月	日
限度区分・発効期日	・	年	月	日
長期入院該当年月日	・	年	月	日
特定疾病区分・発効期日		年	月	日
世 帯 主 氏 名				
保険者番号				
交 付 者 名	○ ○ 市			
				印

住 所	
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 】

]

署名年月日：          年          月          日

本人署名(自筆)： \_\_\_\_\_ 家族署名(自筆)： \_\_\_\_\_