

窓空宛名

<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: 80%;"> <h2 style="margin: 0;">〇〇県 国民健康保険資格確認書</h2> </div>									
有効期限 交付年月日					年 月 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					
負担割合・発効期日				割 ・ 年 月 日					
限度区分・発効期日				・ 年 月 日					
長期入院該当日				年 月 日					
特定疾病区分・発効期日				・ 年 月 日					
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="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>					
				<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 100px; margin: 0 auto;"> 〇〇市 </div>					

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。》

【 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): _____