

窓空宛名

(お問い合わせ先)  
〒000-0000  
〇〇市〇〇町1丁目2番3号  
国保課  
電話番号 000-000-0000

(表面)

〇 〇 県  
国民健康保険  
資格確認書  
記号  
氏名  
生年月日  
適用開始年月日  
交付年月日  
負担割合・発効期日  
限度区分・発効期日  
長期入院該当年月日  
特定疾病区分・発効期日  
世帯主氏名  
保険者番号  
交付者名 〇〇市

有効期限 年 月 日

番号 (枝番)

年 月 日 性別

割・

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

印

(裏面)

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。

- 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。
  - 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。
  - 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)：