

窓空宛名

| 〇〇県 国民健康保険資格確認書   |  |  |  |      |  |    |  |              |  |
|-------------------|--|--|--|------|--|----|--|--------------|--|
| 有効期限              |  | 年  |  | 月    |  | 日  |  |              |  |
| 交付年月日             |  | 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><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> |  |      |  |    |  | <div>印</div> |  |
|                   |  | 〇〇市  |  |      |  |    |  |              |  |

|     |  |
|-----|--|
| 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・じん すい膵臓・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): \_\_\_\_\_