

窓空宛名

お手元の国民健康保険資格確認書の有効期限は 年 月 日となります。
郵送いたしました国民健康保険資格確認書については、 年 月 日以降
医療機関にご提示ください。

〇〇県 国民健康保険資格確認書 (特別療養)				
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			
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>〇〇市</div> <div>印</div>			

注意事項	
この証で診療を受けるときは、診療費用の全額を支払ってください。	
備考	
<p>※ 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。</p>	
<p>1. 私は、<u>脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも</u>、移植の為に臓器を提供します。</p> <p>2. 私は、<u>心臓が停止した死後に限り</u>、移植の為に臓器を提供します。</p> <p>3. 私は、臓器を提供しません。</p> <p>《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。》</p>	
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> 【 <small>じん</small> 心臓・肺・肝臓 <small>すい</small> 腎臓・膵臓 <small>せう</small> 小腸・眼臓 】 </div>	
<p>[特記欄：]</p> <p>署名年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>本人署名(自筆)： _____</p> <p>家族署名(自筆)： _____</p>	