

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 有効期限 年 月 日
国民健康保険
資格確認書 (特別療養)

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
交付年月日 年 月 日
世帯主氏名
住所

保険者番号
交付者名 〇〇市

印

お手元の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。

(裏面)

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

※ 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):