

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。

(表面)

〇〇県 国民健康保険資格確認書

有効期限 年 月 日
発効期日 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	
交付 年 月 日	年 月 日	
一部負担金の割合	割	
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>〇〇市</div>	印

(裏面)

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)：