

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

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 style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; display: flex;"> <div style="flex: 1; border-right: 1px solid black; height: 100%;"></div> <div style="flex: 1; border-right: 1px solid black; height: 100%;"></div> <div style="flex: 1; border-right: 1px solid black; height: 100%;"></div> <div style="flex: 1; border-right: 1px solid black; height: 100%;"></div> <div style="flex: 1; border-right: 1px solid black; height: 100%;"></div> <div style="flex: 1; border-right: 1px solid black; height: 100%;"></div> <div style="flex: 1; border-right: 1px solid black; height: 100%;"></div> <div style="flex: 1; height: 100%;"></div> </div> <div style="margin-left: 20px;">〇〇市</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-left: 20px;">             印           </div> </div>		

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。》

じん
すい

【 心臓・肺・肝臓・腎臓・脾臓・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)： \_\_\_\_\_