

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
国民健康保険
資格確認書
記号
氏名
生年月日
適用開始年月日
交付年月日
負担割合・発効期日
限度区分・発効期日
長期入院該当年月日
特定疾病区分・発効期日
世帯主氏名
保険者番号
交付者名 〇〇市

有効期限 年 月 日

番号 (枝番)

年 月 日 性別
年 月 日
年 月 日
年 月 日
年 月 日
年 月 日
年 月 日

割・
・
・

印

(裏面)

住 所
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)：