

窓空宛名

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: 80%;"> <div style="text-align: center;"> <div>〇〇県 国民健康保険資格確認書</div> <div>(特別療養)</div> </div> </div>				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>有効期限</div> <div>年 月 日</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>交付年月日</div> <div>年 月 日</div> </div>				
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 style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div>〇〇市</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center; width: 100px;"> <div style="font-size: 24px; margin: 0;">印</div> </div> </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</u>のいずれでも、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</u>に限り、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・腎臓・ <small>すい</small> 膵臓・小腸・ <small>がん</small> 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>	