

# 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			
交付年月日		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			
負担割合・発効期日		割 ・		年		月		日	
限度区分・発効期日		・		年		月		日	
長期入院該当日		年		月		日			
特定疾病区分・発効期日		・		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><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>							
		〇〇市						印	

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・<sup>じん すい</sup>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): \_\_\_\_\_