

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> <div>〇〇市</div> <div>印</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。》

【 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): _____