

(表 面)

〇〇都道府県	有効期限	年	月	日						
国民健康保険	発効期日	年	月	日						
資格確認書										
記号	番号	(枝番)								
氏名	性別									
生年月日	年	月	日	負担割合 割						
適用開始年月日	年	月	日							
交付年月日	年	月	日							
世帯主氏名										
住所										
保険者番号	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>									
交付者名				印						

(裏 面)

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>膵</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）： \_\_\_\_\_