

(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							
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	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>	
<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のいずれでも</u>、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に限り</u>、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> <p style="text-align: center;">【 心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球 】</p> <p>[特記欄： 署名年月日：_____年_____月_____日 本人署名（自筆）：_____ 家族署名（自筆）：_____]</p>		