

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

発効期日

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		
交付年月日	年 月 日		
一部負担金の割合	割		
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;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-right: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> </div> <div style="margin-left: 20px;"> <p>〇〇市</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p style="font-size: 24px; margin: 0;">印</p> </div> </div> </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。》

じん すい
【 心臓・肺・肝臓・腎臓・脾臓・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)： _____