

様式第●号

(表 面)

健康保険資格確認書

本人（被保険者）

年 月 日交付

記 号	番 号	(枝番)
氏 名		
性 別		
生 年 月 日	年 月 日	
資格取得年月日	年 月 日	
一部負担金の割合		
有 効 期 限		
保 険 者 番 号		
保 険 者 名 称	印	
保 険 者 所 在 地		

(裏面)

住所

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・^{じん}膵臓・^{すい}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）：