様式第一号の二の二(第六条関係)

(表　面)

○　○　都　道　府　県　　有効期限　　年　　月　　日

国　民　健　康　保　険　　発効期日　　年　　月　　日

被　保　険　者　証

兼　高　齢　受　給　者　証

記　号　　番　号

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　　| | | | | | | | | | | | |

交　付　者　名　　印

(裏　面)

注意事項　保険医療機関等において診療を受けようとするときは、必ずこの証をその窓口で渡してください。

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)・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)：

様式第一号の二の次に次の二様式を加える。