様式第九号(2)(第四十七条関係)

（表　　面）

◀

（被扶養者）　　令和　年　月　日交付

健　康　保　険
被 保 険 者 証 記号　　番号　　（枝番）

氏名　　被保険者氏名
性別
生　年　月　日　　年　　月　　日

保 険 者 所 在 地
保険者番号・名称　　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には、必ずこの証をその窓口で渡してください。

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）・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)：