様式第一号の二（第六条関係）

（表　面）

国　民　健　康　保　険
被　保　険　者　証

有効期限　　年　　月　　日

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

交　付　年　月　日　　年　　月　　日

世帯主氏名
住　所

保険者番号

保 険 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）：