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　　(枝番)
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)：