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）

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)：