様式第一号（第六条関係）

（表　面）

○○都道府県　　有効期限　年　月　日

国民健康保険

被保険者証

記　号　　番　号　（枝番）

氏　名　　性　別

生　年　月　日　　年　月　日

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）

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）：

様式第一号から様式第一号の五の二までを次のように改める。