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）

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）：