様式第三号（第十七条第二項関係）

（表面）

後期高齢者医療被保険者資格証明書

交付年月日　　年　　月　　日交付
有効期限　　年　　月　　日まで

被保険者番号			
被保険者	住　所		
	氏　名		男・女
	生年月日	年　　月　　日	
保険者	保険者番号並びに保険者の名称及び印		

（裏面）

注意事項

この証で診療を受けるときには、診療費用の全額を支払ってください。

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）：