様式第九号(8)（第四十七条関係）

（表　面）

健康保険資格確認書

家族（被扶養者）

年　月　日交付

記　号		番　号	（枝番）
氏　名			
性　別			
生年月日		年　月　日	
認定年月日		年　月　日	
被保険者氏名			
一部負担金の割合 発効年月日	割	年　月　日	
限度額区分 発効年月日		年　月　日	
長期入院該当		年　月　日	
特定疾病区分 発効年月日		年　月　日	
有効期限			
保険者番号			
保険者名称	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）：