様式第一号の二の十（第六条関係）

（表　面）

都道府県国民健康保険資格確認書

有効期限　　年　　月　　日
交付年月日　　年　　月　　日

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		
負担割合・発効期日	年　　月　　日		
限度区分・発効期日	年　　月　　日		
長期入院該当日	年　　月　　日　印		
特定疾病区分・発効期日	年　　月　　日		
世帯主氏名			
住　　所			
保険者番号並びに交付者の名称及び印			

（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）：