

別添 1 様式例：必須記載事項のみ（カード型）

（表 面）

〇 〇 都 道 府 県	有効期限	年	月	日					
国 民 健 康 保 険	発効期日	年	月	日					
資 格 確 認 書									
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	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
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、 <u>脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも</u> 、移植の為に臓器を提供します。	
2. 私は、 <u>心臓が停止した死後に限り</u> 、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} 臓・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）：