

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・脾臓・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）：

健康保険資格確認書

本人（被保険者）

令和 6 年 12 月 2 日 交付

記号	1	番号	9999999 (枝番) 00
----	---	----	-----------------

氏 名 健保 太郎

性 別 男

生 年 月 日 昭和 29 年 8 月 1 日

資格取得年月日 平成 16 年 6 月 1 日

一部負担金の割合
発効年月日 3割 令和 6 年 9 月 1 日

有効期限 令和 7 年 12 月 1 日

保険者番号 06340061

保険者名称 マツダ健康保険組合