

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・膵臓・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	0	6	3	4	0	0	6	1	
保 険 者 名 称	マツダ健康保険組合								