

資格確認書様式(はがきサイズ 実物大)

(表)

健康保険資格確認書			
発行No. 100000001		令和 6年12月 2日交付	
本人 (被保険者)			
記号	5115	番号	554 (枝番) 73
氏名	健保 太郎		
性別	男		
生年月日	昭和50年 4月 1日		
資格取得年月日	令和 6年12月 2日		
有効期限	令和 8年12月 1日		
保険者番号	0 6 1 3 7 8 4 8		
保険者名	日本旅行健康保険組合		
保険者所在地	東京都中央区日本橋1丁目19番1号 日本橋ダイヤビルディング10階 Tel 03-6895-8391		

(裏)

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。

- 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植のために臓器を提供します。
- 私は、心臓が停止した死後に限り、移植のために臓器を提供します。
- 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)： _____