

**【2】住所証明書類 - ③健康保険者証**

氏名、住所(印字されている)、有効期限(失効まで3ヶ月以上)、印鑑の部分鮮明な健康保険者証のコピーをご提出ください。

※一部社会保険証のようにご住所等の上記情報が手書き、またはテプラなど発行後に加工されている場合は不可となります。

※鮮明とは、下記画像のように、写真や文字が、ぼけることなく、はっきりと見えること。

※注意事項の頁もご提出ください。



注意事項 保険医療機関等において診療を受けようとするときは、必ずこの証をその窓口で渡してください。

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): \_\_\_\_\_