様式第九号(3) (第四十七条関係)

面)

健 康資格	保確		険 書	本人	(被保険者)				April			-4-1
										年	月	日	交东
	記	号				番	号			(枝)	番)		
	氏	名											
	性			另订									
	生	年	月	日				年	月	日			
	資本	各取	得年	月日				年	月	日			
	一部負	担金の	割合・発	物年月日	割			年	月	日			
	有	効	期	限				年	月	日			
保険者	番号												
保険者	名称								- 11			Г	印

10	and the second	Toward St.
(:	111	血)
1:	3.5	ши

所								
考								
9000							と表示するこ	
ます	。記入す	る場合は、	1から	3までの	いずれかの) 番号を(りで囲んで	くたさい。
1. 私信	t、 <u>脳死後</u>	及び心臓が	5停止した	死後のい	ずれでも、	_移植のネ	為に臓器を 摂	
1. 私に	は、 <u>脳死後</u> は、 <u>心臓</u> が	及び心臓が停止した列	8停止した E後に限り	死後のい	11 KOSTOSTO /	_移植のネ	為に臓器を 摂	
1. 私店 2. 私店 3. 私店	t、 <u>脳死後</u> t、 <u>心臓が</u> t、臓器を	及び心臓が 停止した列 提供しませ	が停止した E後に限り けん。	- 死後のU) 、移植の	っずれでも、 う為に臓器	_移植の為 と提供し	為に臓器を 摂	是供します。
1. 私に 2. 私に 3. 私に	は、 <u>脳死後</u> は、 <u>心臓が</u> は、臓器を は2を選ん	及び心臓が 停止した列 提供しませ	が停止した E後に限り けん。 是供したく	で 死後のい 入移植の ない臓器	、ずれでも、 う為に臓器。 器があれば、	_移植の と提供し ×をつい	為に臓器を摂 とす。	と供します。

↑保険者から交付された資格確認書の写しを提出してください。 ※写しがない方は原本を持参してください。

			(2	支面)					
			健康保険	資格確認	書				
本	人(被	保険者)				年	月	日3	交付
記	号			番	号			(枝番)	
ĸ		名							
性		591)							
生	手 月	В					年	月	E
資格1	负 得 年	月口					年	Я	E
	担金の 牛 丿			割			年	Я	Е
有多	功 期	限							
保 険	者者	番 号							
保険	者《	各称	1					Ī	印

±	所					
龍	考					
	1					
				、厳器提供に 、1から3ま		
- 27)で囲んで		7 52507 13 7 8			10 m 2 m
-						
	私は、 <u>脳死</u> 供します。	後及び心臓	が停止した	死後のいずま	<u>しでも、</u> 移植	の為に臓器を
		が停止した	死後に限	り、移植の為	に臓器を売	共します.
3.	私は、厳器	₽を提供しま	性ん。	TA BULLYCOUN		
(1)	とは2を選ん	a management of the same		小臓器があれば	+1	
F. 64	記欄:	1	心臓・肺・	肝臓・腎臓	・膵臓・小馬	· 眼球 】
्नरा	FACTING :					
署名	年月日:	年	月	日		
本人	、署名(自筆	F) ·		家族署名	(自等) ·	
75/	H-L (D+	87.3		202411	(11-4)	

↑保険者から交付された資格確認書の写しを提出してください。 ※写しがない方は原本を持参してください。 様式第九号(5) (第四十七条関係)

V medicine :	-
/ F43	255
1 300	田

Ė	所						
带	考						
をす	長示する	ことが		。記入す	る場合は	供に関す	
の2 2.和 しま 3.和	為に臓器 以は、 <u>心</u> ます。 以は、臓	を提供 臓が停 器を提	します。 止した死 供しませ	後に限り ん。	、移植の	すれでも	を提供
	l 又は2 けてくだ	さい。》	ileas revi		-	機器があれ・小腸・眼	estred)
(#	宇記欄:	1 101	nex - Hili -)	[[] [[] [[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [NEX . HAVIN	• 7 1 7 月36 • 日本]
	F月日: 暑名(自		年	月	H		

1	
1	
	EHI /

	健康保	険資格確認	書			
本人(被保険	者)		年	_ 月	日交	<u>:付</u>
記号		番号			(枝番	季)
氏 名						
性 短						
生 年 月 日				年	月	H
資格取得年月日				年	月	日
一部負担金の割合 発 効 年 月 日		割		年	月	H
有 効 期 限						
保険者番号						
保険者名称					ſ	印

↑保険者から交付された資格確認書の写しを提出してください。 ※写しがない方は原本を持参してください。