

【参考】資格確認書（カード）

様式第九号(3)（第四十七条関係）

（表 面）

健康保険 資格確認書	本人（被保険者）	年 月 日 交付						
記 号	番 号	（枝番）						
氏 名								
性 別								
生 年 月 日	年 月 日							
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 日						
有 効 期 限		年 月 日						
保険者番号	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							
保険者名称	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							
		印						

（裏 面）

住 所	<table><tr><td></td></tr></table>	
備 考	<table><tr><td></td></tr></table>	
※ 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）：		

↑ 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。

【参考】資格確認書（A4用紙）

様式第九号(1)（第四十七条関係）

（表 面）

健康保険資格確認書			
本人（被保険者）			
年 月 日交付			
記 号		番 号	(枝番)
氏 名			
性 別			
生 年 月 日	年 月 日		
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 日		
有 効 期 限			
保 険 者 番 号			
保 険 者 名 称	印		

（裏 面）

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、 <u>脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも</u> 、移植の為に臓器を提供します。	
2. 私は、 <u>心臓が停止した死後に限り</u> 、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）：	

↑ 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。

【参考】資格確認書（ハガキ）

様式第九号(5)（第四十七条関係）
（裏 面）

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、<u>脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも</u>、移植の為に臓器を提供します。 2. 私は、<u>心臓が停止した死後に限り</u>、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）： _____	

（表 面）

健康保険資格確認書			
本人（被保険者） 年 月 日 交付			
記 号		番 号	(枝番)
氏 名			
性 別			
生 年 月 日	年 月 日		
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 日	
有 効 期 限			
保 険 者 番 号			
保 険 者 名 称	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。