（表）

後期高齢者医療資格確認書

有効期限　　年　　月　　日
交付年月日　　年　　月　　日

被保険者番号			
被保険者	住所		
	氏名		性別
	生年月日	年　月　日	
資格取得年月日		年　月　日	
負担割合・発効期日		年　月　日	
限度区分・発効期日		年　月　日	
長期入院該当日		年　月　日	
特定疾病区分・発効期日		年　月　日	
保険者番号並びに保険者の名称及び印			

（裏）

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（じん）・膵臓（すい）・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）：