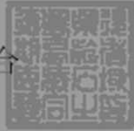


(裏面)

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かで、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)： _____

(表面)

後期高齢者医療被保険者証	
有効期限 令和〇〇年〇〇月〇〇日	
交付年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日	
被保険者番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
被 住 所	△△市△△町△△丁目△番△号
保 險 氏 名	徳島 太郎
生年月日	□□〇〇年〇〇月〇〇日
資格取得年月日	□□〇〇年〇〇月〇〇日
発効期日	□□〇〇年〇〇月〇〇日
一部負担金の割合	〇割
保険者番号並びに保険者の名称及び印	× × × × × × × × 徳島県 後期高齢者医療広域連合 

見本