

(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)

後期高齢者医療資格確認書

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

〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇

被 住 所

△△市△△町△△丁目△番△号

保 氏 名

徳島 太郎

性別

〇

考 生年月日

□□〇〇年〇〇月〇〇日

者 資格取得年月日

□□〇〇年〇〇月〇〇日

負担割合

〇割

発効期日

□□〇〇年〇〇月〇〇日

限度区分

一般

発効期日

□□〇〇年〇〇月〇〇日

長期入院該当日

□□〇〇年〇〇月〇〇日

特定疾病区分

A

発効期日

□□〇〇年〇〇月〇〇日

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