

健康保険
資格確認書

本人(被保険者)

令和7年10月1日 交付

配号 30

番号

15114 (校番)00

氏名 ミツタ ヲハナ
光田 翼

性別 男

生年 月 日

平成8年 8月26日

資格取得年月日

平成31年 4月1日

有効期限

令和12年 9月30日

保険者番号 06100309

保険者名称

保険者所在地 群馬県前橋市亀里町900番地

ペイシアグループ健康保険組合



注意事項 保険医療機関等において診察を受けようとするときには、必ずこの確認書
をその窓口で渡してください。

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志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）：