

健康保険資格確認書

本人（被保険者）

令和 7年10月 6日 交付

記 号	3104	番 号	2458	(枝番) 00				
氏 名	ハラダ ヒロキ 原田 博喜							
性 別	男							
生年月日	平成11年 1月19日							
資格取得年月日	令和 7年10月 1日							
有効期限	令和 8年11月30日							
保険者番号	0	6	1	3	4	2	4	1
保険者名称	SUBARU健康保険組合							
保険者所在地	東京都渋谷区恵比寿1丁目20番8号				03-6447-8969			

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、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）：