

健康保険 資格確認書

本人（被保険者）

00684

令和 7年 4月 2日交付

記号 51110309 番号 9557 (枝番) 00

ミ ヒロキ

角 宙明

平成 13年 11月 1日

男

令和 7年 4月 1日

令和 11年 11月 30日



保険者番号

01280015

保険者名称

全国健康保険協会 兵庫支部

保険者所在地

神戸市中央区磯上通7-1-5



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)：