

健康保険 本人(被保険者)
被保険者証

令和5年6月1日交付

記号

10

番号

13090

(枝番)

00

氏 名 小泉 龍平

生 年 月 日 平成12年 3月 5日 性別 男

資格取得年月日 令和 5年 6月 1日



保険者所在地 東京都渋谷区千駄ヶ谷五丁目21番14号

保険者番号・名称 アルプス技研グループ健康保険組合

06630206

☎ 03-5990-2177



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):