

健康保険 資格確認書

本人（被保険者）

00316

令和 7年 5月17日交付

記号 7361137 番号 6425 (枝番) 00

ヒラマツ フミヤ

平松 史也

平成 2年 7月 13日

男

令和 2年 3月 16日

令和 11年 11月 30日

氏名

生年月日

性別

資格取得年月日

有効期限



保険者番号

0 1 2 7 0 0 1 6

保険者名称

全国健康保険協会 大阪支部

保険者所在地

大阪市北区梅田 3 - 2 - 2



〔注意事項〕 有効期限内であっても、退職等の事由により健康保険の資格を喪失した場合は、
この資格確認書は使用できません。

DDKM0707V 027

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} ・ 脾臓^{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)：