

〔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。

TFKM0707V

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 ・ ^{じん}腎臓 ・ ^{すい}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)：