

健康保険 本人(被保険者) 令和 5年 4月 3日交付
被保険者証 記号 1 番号 2947 枝番 00

ISUZU

イハラ ユヤ
氏名 石原 勇也

ジェネリック医薬品
を希望します

生 年 月 日 平成12年 8月 8日 性別 男
資格取得年月日 令和 5年 4月 1日

保険者所在地 〒370-1202 群馬県高崎市宮原町1番地21

保険者番号 06100200 TEL 027(346)1123

保険者名称 関東いすゞ健康保険組合



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 ・ 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):