後期高齢者医療被保険者証

有効期限

被保険者番号		
被保険者	住所	
	氏名	
	生年月日	
資格取得年月日		
発効期日		
交付年月日		
一部負担金の割合		
保険者番号並びに保険者の名称及び印		群馬県後期高齢者医療広域連合 前橋市大渡町一丁目[illegible]番地7 電話番号　(027) 290-7171

見本

見本

注意事項

保険医療機関等において診療を受けようとするときは、必ずこの証をその窓口で渡してください。

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)：