ミシン目にそって、切りはなしてお使いください。

※　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〇で囲んでください。

**注　意　事　項**

１.　滞納している保険料を納付したときは、被保険者証を交付します。

２.　保険医療機関等において診療を受けようとするときは、窓口でこの証を提示するか、マイナンバーカードを提示して電子資格確認を受けてください。

３.　災害等の特別な事情が生じたときや、障害者総合支援法の自立支援医療等の公費負担医療を受けることができるに至ったときは、速やかに申し出てください。

４.　被保険者証の資格がなくなったときは、直ちに、この証を市町に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。

５.　この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、保険者（兵庫県後期高齢者医療広域連合）あての届書を、市町に提出してください。

６.　有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、各自で処分してください。

７.　不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。

**注　意　事　項**

　　この証で診療を受けるときは、診療費用の全額を

支払ってください。

備　　考

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・臓・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）：