

石川県後期高齢者医療資格確認書

この確認書は令和7年8月1日から有効です。大切にお使いください。



こちらからはがして使用してください。

①カードの右端の切り込み
に沿って折り曲げる



②カードの端が浮き上がった
ところからゆっくりはがす



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・脾臓・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）：