別紙様式第19号　（平17内府総省文科令２・全改、平22内府総省文科令３・令元内府総省文科令１・令元内府総省文科令６・一部改正）

（表　面）

（被扶養者用）

家族（被扶養者）　　令和　　年　　月　　日交付

○ ○ 共 済 組 合

組合員被扶養者証

記号　　番号　　（枝番）

氏名　　組合員氏名

性別

生　年　月　日　　年　　月　　日

認 定 年 月 日　　年　　月　　日

発行機関所在地

保 険 者 番 号

名　　称　　印

（裏　面）

注意事項　保険診療を受けようとするときは、この証を保健医療機関等の窓口で渡してください。

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（記入は自由です。）。
記入する場合は、１．２．３．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）：＿＿＿＿＿＿