別紙様式第一の二(裏面)

注　　意　　事　　項

1　この資格確認書の交付を受けたときは、営外者はすぐに住所欄に住所を自署して大切に保持してください。

2　この資格確認書では公務上の傷病又は通勤による傷病については、診療は受けられません。

3　部内医療機関以外の医療機関等で診療を受けようとするときは、その窓口で電子資格確認を受けるか、必ずこの資格確認書をその窓口に提出して受診してください。

4　この資格確認書で診療を受けたときは、次の額をその都度支払ってください。ただし、契約医療機関等の場合は、防衛大臣が定めた額を支払ってください。

　ア　保険診療の費用(入院時の食事に要する費用を除く。)　3割に相当する額

　イ　入院時の食事に要する費用　1日につき定額の標準負担額

5　有効期間を経過したとき又は自衛官としての身分を失ったときは、5日以内にこの資格確認書を発行者に返納してください。

6　不正にこの資格確認書を使用した者は、刑法によって詐欺罪として懲役の処分を受けます。

7　その他表面の記載事項に変更のあったときは、直ちに発行者に差し出して訂正を受けてください。

8　転属の時は、転属先で新たに発行を受け、同時に資格確認書を旧発行者に返納してください。

臓器提供意思表示欄

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、1．2．3．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ために臓器を提供します。

2．私は、心臓が停止した死後に限り、移植のため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)：