

スモン施術受給者証交付申請書(新規・更新・変更)

受給者	ふりがな				
	氏名	明治 大正 昭和 年 月 日生			
	住所	〒 (電話)			
	加入医療保険	1. 社会保険 (協会健保、各種共済)	健康保険証の 記号番号		
		2. 国民健康保険 (市町村国保、その他国保)	保険者(保険組 合)の名称		
		3. 後期高齢者医療	健康保険証 資格取得年月日		
特定疾患受給者証の有無	有 ・ 無 (有の場合 受給者番号)				
その他の医療費助成の有無	有 ・ 無 (有の場合 医療証名称)				
施術所①	施術所名				
	住所	〒 (電話)			
施術所②	施術所名				
	住所	〒 (電話)			
申請者	氏名	受給者との 関係			
	住所	〒 (電話)			
上記のとおり、スモン施術受給者証の交付を申請します。					
大阪府知事様					
年 月 日					

- (注) 1. 該当箇所は○で囲んで下さい。
 2. 特定疾患受給者証をお持ちでない方は、医師の診断書および住民票が必要となります。
 3. 申請書・請求書提出先
 大阪府健康医療部保健医療室地域保健課難病認定グループ
 〒540-8570 大阪市中央区大手前2丁目
 電話 06-6941-0351 (内線)6397