

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			明治 大正 昭和	年	月	日生
	氏名						
	住所	〒 (電話)					
	加入医療保険	1. 社会保険 (協会健保、各種共済)	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	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							

(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