

## 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)	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 (自署又は記名押印)		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 大阪府中央区大手前2丁目  
電話 06-6941-0351 (内線)2546