

(701 スモン用)

特定疾患医療受給者証有効期間更新申請書

受給者番号										
受給者氏名										

保健所記入欄 →

保健所		コード	
自己負担限度区分	A	-	6

申請者	氏名		対象患者との続柄	
	住所	(〒 -)		(電話 - -)
受給者証の記載事項 (住所・氏名・保険の種類等) の変更 → 有 ・ 無 ※変更有りの場合は変更届を添付のこと				

北海道知事 様

特定疾患医療受給者証の有効期間の更新を申請します。

年 月 日

※ スモンについては、スモン恒久対策の観点から、厚生労働科学研究班において別途スモン患者に対する検診事業を実施することにより、患者の療養状況の把握に努めながら研究を推進していることから、更新の手続きにおける臨床調査個人票の提出は不要です。

スモン施術受給者証有効期間更新申請書

北海道知事 様

スモン施術受給者証有効期間の更新を申請します。

年 月 日

申請者氏名 _____