

転 院 理 由 書									
ふりがな						男・女	生年月日	年 月 日	
受給者氏名									
医 療 券	公費負担者番号					受給者番号			
	有効期間	年 月 日 から 年 月 日							
転院年月日		年 月 日							
転院の理由									
(受給者氏名) _____ について、上記理由により転院を必要とする。 年 月 日 指定医療機関 名称 所在地 医師名									