

転 院 理 由 書

|       |             |                   |          |       |
|-------|-------------|-------------------|----------|-------|
| フリガナ  |             | 男<br>・<br>女       | 生年<br>月日 | 年 月 日 |
| 受給者氏名 |             |                   |          |       |
| 医療券   | 公費負担者<br>番号 | 2 3 2 3 1 0 1 2   | 受給者番号    |       |
|       | 有効期間        | 年 月 日 から 年 月 日 まで |          |       |

|       |       |
|-------|-------|
| 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  
及 び 所在地

医 師 名  
(自署又は押印)