

転 院 理 由 書															
ふりがな								男 ・ 女	生年月日	令和 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	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日													
転院年月日		令和 年 月 日													
転院の理由															
以上により、上記受給者は転院を必要とする。 令和 年 月 日 指定医療機関の名称 及び所在地 医 師 氏 名															