

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 指定養育医療機関名 及び 所在地 医師名 印																				