

転院理由書				
ふりがな			男・女	生年月日
受給者氏名				年 月 日
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 日まで		
転院年月日	年 月 日			
転院の理由				
<p>(受給者氏名)</p> <p>_____ について、上記理由により転院を必要とする。</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">年 月 日</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">指定医療機関の所在地</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">名称</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">担当医師名</p> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">印</p>				