

様式第5号

| | | | | |
|--|----------|-------------------------------|-------|----------|
| <h2 style="margin: 0;">転 院 理 由 書</h2> | | | | |
| ふりがな | | | | |
| 受給者氏名 | | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 |
| 医 療 券 | 公費負担者番号 | 2 3 2 3 6 4 8 2 | 受給者番号 | |
| | 有効期間 | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 | | |
| 転院年月日 | 平成 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>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定医療機関名 及 び 所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名 印</p> | | | | |