

様式第5（第6条関係）

転 院 理 由 書																												
ふりがな		生年月日	年 月 日																									
受給者氏名																												
医 療 券	公費負担者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>													受給者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>												
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 style="margin-left: 40px;">（受給者氏名）</p> <p style="margin-left: 40px;">_____について、上記理由により転院を必要とする。</p> <p style="margin-left: 40px;">年 月 日</p> <p style="margin-left: 100px;">指定養育医療機 関名及び所在地</p> <p style="margin-left: 120px;">医師名 （署名又は記名押印）</p>																												