

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		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 style="text-align: center;">（受給者氏名）</p> <p style="text-align: center;">_____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;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定養育医療機 関名及び所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名 （署名又は記名押印）</p>			