

転 院 理 由 書			
氏 名		生年月日	年 月 日
医療券	負担者番号	23331010	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;">(患者氏名)</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;">指定医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医 師 氏 名 ㊟</p>			