

# 転院理由書

|       |         |                      |   |   |   |   |   |   |   |       |      |          |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|---------|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|-------|------|----------|--|--|--|--|--|--|--|
| ふりがな  |         |                      |   |   |   |   |   |   |   | 男・女   | 生年月日 | 令和 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |
| 受給者氏名 |         |                      |   |   |   |   |   |   |   |       |      |          |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療券   | 公費負担者番号 | 2                    | 3 | 2 | 3 | 6 | 3 | 2 | 6 | 受給者番号 |      |          |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 有効期間    | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 |   |   |   |   |   |   |   |       |      |          |  |  |  |  |  |  |  |
| 転院年月日 |         | 令和 年 月 日             |   |   |   |   |   |   |   |       |      |          |  |  |  |  |  |  |  |
| 転院の理由 |         |                      |   |   |   |   |   |   |   |       |      |          |  |  |  |  |  |  |  |

(受給者氏名)

\_\_\_\_\_ について、上記理由により転院を必要とする。

令和 年 月 日

指定医療機関名  
及び 所在地

医師名

印