

様式第 4 号（第 8 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															
(受給者氏名) について、上記理由により転院を必要とする。 年 月 日 指定医療機関名 及 び 所在地 医師名 印															