第6号様式(第5条関係)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 転院理由書 | | | | | |
| ふりがな | |  | 男・女 | 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  医師氏名 | | | | | |