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　　　　　　　　　　　　　　　　 |