第８号様式

転　院　理　由　書

医療券	公費負担者番号									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）

様　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