様式第１２号（第９条関係）

転院理由書

氏　　名				生　年 月　日	年　　月　　日
医療券	負担者番号	２３３３６０３５	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					

（患者氏名）

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

医師氏名