

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	2 3 3 3 6 0 3 5	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					
<p>(患者氏名)</p> <p>について、上記理由により転院を必要とする。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定医療機関名</p> <p>医師氏名</p>					