

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 印</p>										