

様式第5（第8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	公費負担番号			受給者番号	
	有効期間	年 月 日から		年 月 日	
転院年月日	年 月 日				
転院の理由					
<p>以上により、上記受給者は転院を必要とする。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定養育医療機関の名称 及び所在地 医師氏名</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>					

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。