様式第５号（第８条関係）

転　院　理　由　書

<table>
<tr><td colspan="2">ふりがな</td><td></td><td rowspan="2">男・女</td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">受療者氏名</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">医療券</td><td>公費負担者番号</td><td></td><td>受給者番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>有効期間</td><td colspan="4">年　月　日　から　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">転院年月日</td><td colspan="4">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">転院の理由</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

（受療者氏名）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿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
及　び　所在地

医師氏名
（署名又は記名押印）