

## 養 育 医 療 転 院 理 由 書

ふ り が な																	
受 療 者 氏 名			男・女	生年月日	平成 年 月 日												
医 療 券	公費負担者番号	2	3	0	1	6	0	4	1	受給者番号							
	有 効 期 間	平成 年 月 日		から		平成 年 月 日		まで									
転 院 年 月 日	平成 年 月 日		転 院 時 の 体 重			g											
転 院 の 理 由																	
<p>(受給者氏名)</p> <p>_____ について、上記理由により転院を必要とする。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定医療機関名 及び所在地</p> <p style="text-align: center;">医 師 氏 名</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span> </div>																	