様式第9号(第8条関係)

<table>
<tr><td colspan="8">転　院　理　由　書</td></tr>
<tr><td colspan="2">フリガナ
氏名</td><td colspan="2"></td><td>生年
月日</td><td colspan="3">年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">医療券</td><td>負担者番号</td><td colspan="2"></td><td>受給者番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>有効期間</td><td colspan="6">年　月　日から　年　月　日まで</td></tr>
<tr><td colspan="2">転院年月日</td><td colspan="6">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">転院の理由</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="8">(患者氏名)
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
医師氏名　㊞</td></tr>
</table>