

様式第3号の3(3) (第6条関係)

療 養 券 (薬 局 用)						
公費負担者番号					認 定 年 月 日	
公費負担医療の 受 給 者 番 号					昭和 平成 年 月 日 令和	
戦 傷 病 者	氏 名				生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和
	現 住 所					
療 養 を 認 め る 期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで					
療 養 を 受 け よ う と する 医 療 機 関 (薬 局)	所 在 地					
	名 称					
療 養 を 受 け よ う と する 医 療 機 関 (病 院 ・ 診 療 所)	所 在 地					
	名 称					
上記のとおり決定する。						
令和 年 月 日						
都道府県知事 氏 名					印	

注意

- 1 この処分に不服があるときは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、厚生労働大臣に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、都道府県を被告として（訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事）提起することができます（なお、処分の通知を受けた日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければならないこととされています。

備考 この用紙は、A列4番とすること。