

## 医療費・医療手当不支給決定通知書

薬機発第 年 月 日 号

殿

独立行政法人医薬品医療機器総合機構  
理事長

年 月 日付けで請求のありました医療費・医療手当は、  
審査の結果、下記の理由により不支給となりますので通知します。

記

医療を受けた人の氏名	
受 理 番 号	
〇〇〇〇の副作用による疾病の名称	
副作用の原因と考えられる 又は推定される〇〇〇〇	
不 支 給 の 理 由	

※ この決定に不服があるときは、この決定を知った日の翌日から起算して3ヶ月以内に厚生労働大臣に対し書面により審査の申立てをすることができます。なお、審査申立人は、申立てにより意見陳述をすることができます。

※ この決定の取消しを求める場合は、この決定を知った日の翌日から起算して6ヶ月以内に独立行政法人医薬品医療機器総合機構（以下「機構」といいます。）を被告（訴訟において機構を代表する者は理事長となります。）として処分の取消しの訴えを提起することがで

きます（なお、決定を知った日の翌日から起算して6ヶ月以内であっても、決定の日の翌日から1年を経過すると訴えを提起することができなくなります。）。また、審査の申立てをした場合は、これに対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6ヶ月以内に提起することができます（ただし、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6ヶ月以内であっても、裁決があった日の翌日から1年を経過すると訴えを提起することができなくなります。）。