

医薬品副作用被害救済制度の支給決定通知書の例

医療費・医療手当支給決定通知書

薬機発第 号
年 月 日

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、
下記のとおり支給することに決定しましたので通知します。

記

医療を受けた人の氏名			
受給者番号			
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			
給付額	医療費	金	円
	医療手当	金	円
医療手当の給付対象月	年 月 ～ 年 月		

※ 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。）。

※ この医療費・医療手当の支給対象となった〇〇〇〇の副作用に関して、損害賠償を受けた場合には、速やかに損害賠償の額及び内容を当機構に届け出て下さい。