

令和 年 月 日

〇 〇 〇 〇 殿

〇 〇 労働局長 印

外科後処置承認決定通知書

令和 年 月 日付けをもって申請のあった外科後処置に関する診療について、承認と決定しましたので通知します。

なお、診療を受けようとするときは、医療機関に当該承認決定通知書を提出すること。

承認番号	No.		
労働保険番号			
氏名		生年月日	年 月 日
障害の部位			
障害(補償)等年金の証書番号	第	号	
受たい外科後処置の内容			
外科後処置を受ける医療機関名			
医療機関の所在地			
医療機関が希望する入院年月日	令和 年 月 日		

この決定の詳細についてお聞きになりたい点があれば、照会先までご連絡ください。

この決定に不服がある場合は、決定があったことを知っ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。ただし、決定があった日から1年を経過した場合は、審査請求をすることができません。

この決定に対する取消訴訟は、国を被告として(訴訟において国を代表する者は法務大臣となります。)、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。ただし、決定があった日から1年を経過した場合は、提起することができません。

なお、厚生労働大臣に対して審査請求をした場合には、この決定に対する取消訴訟は、審査請求に対する裁決を経る前又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か月以内に提起することができます。ただし、裁決があった日から1年を経過した場合は、提起することができません。

照会先 〇〇労働局労働基準部労災補償課〇〇係
電話 〇〇〇-〇〇〇〇