

様式第3号(2)

令和 年 月 日

〇 〇 〇 〇 殿

〇 〇 労働局長

印

外科後処置不承認決定通知書

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

不承認の理由

この決定理由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