様式第十四号（三）を次のように改める。

様式第14号(3)（第13条関係）

更生医療券（薬局用）					
公費負担者番号					交付年月日
公費負担医療の受給者番号					平成 令和　年　月　日
戦傷病者	氏名		生年月日	明治 大正 昭和　年　月　日	
	現住所				
指定医療機関(薬局)名			指定医療機関(薬局)所在地		
指定医療機関(病院・診療所)名			有効期間	自　月　日 至　月　日	
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。