

# As pessoas inscritas em quaisquer seguros privados

AF2013

Ministério da Saúde, Trabalho e Previdência Social  
Província de Hiroshima

## Para as vítimas de bomba atômica que residem fora do Japão

### - Sobre a inscrição no Programa de Assistência Médica às Vítimas de Bomba Atômica Residentes no Exterior -

\* Este comunicado destina-se às pessoas que residem no Brasil, Argentina, Paraguai, Bolívia e Peru.

Estamos dando início à recepção de requerimentos de subsídio financeiro relativo ao ano de 2013. Os portadores do comunicado de confirmação da condição de beneficiário do programa deverão proceder da seguinte forma.

1. Apresentar todos os documentos de (1) a (6).

(1) Formulário de solicitação de subsídio

Preencher os dados requeridos nas páginas 4 a 7 do formulário.

(2) Documento de identificação do beneficiário expedido por um órgão oficial com data de expedição de até um mês antes da data de requerimento.

Exemplos: Qualquer um dos seguintes documentos: Certidões de registro familiar (*koseki tohon/ shohon*), certidões expedidas por cartório (Notary Public), comprovante de permanência definitiva de estrangeiros, comprovante de residência, entre outros.

\* Beneficiários do auxílio de controle da saúde, do auxílio de saúde, do auxílio especial de tratamento médico, do auxílio especial ou do auxílio de microcefalia causada por bomba atômica não precisam apresentar o documento de identificação no ato da apresentação do “Formulário de solicitação de subsídio”.

- (3) Comunicado de confirmação da condição de beneficiário do programa  
Carteira de saúde de vítima da bomba atômica  
Comprovante da condição de vítima da bomba atômica (certidão de vítima da bomba).

Uma cópia de qualquer um destes documentos.

\* Mudanças no nome, endereço ou telefone deverão ser comunicadas através do formulário de alteração dos dados, anexo à página 8 do presente comunicado.

- (4) Documento que permite verificar a conta corrente para depósito, tal como cópia da caderneta do banco

- (5) Cópia da apólice de seguro

\* Por “apólice” entende-se o contrato de seguro de saúde que garante cobertura durante um determinado prazo, nele incluso o período de janeiro a dezembro de 2013 para fins de requerimento do presente subsídio.

- (6) Comprovantes de pagamento ou recibos dos prêmios de seguro à seguradora

Nota: Os comprovantes de pagamento ou recibos de pagamento dos prêmios de seguro à seguradora deverão conter todos os 4 dados abaixo:

- 1) Valor pago
- 2) Nome do pagante (deverá ser idêntico ao nome do solicitante)
- 3) Nome, endereço e telefone da seguradora
- 4) Data de pagamento

\* Sublinhe as informações relativas aos valores pagos nos comprovantes de pagamento e recibos. Caso os valores constantes nos comprovantes de pagamento ou recibos emitidos pelos prêmios de seguro contemplem mais de um paciente além do beneficiário-solicitante, discrimine os montantes de forma a identificar o do solicitante.

\* Apresentar o original de comprovantes de pagamento ou recibo (A fotocópia somente será aceita em casos excepcionais.)

2. O “subsídio relativo ao ano de 2013” será concedido para pagamento dos prêmios de seguro à seguradora efetuados entre janeiro a dezembro de 2013. O teto anual do subsídio é de **179 mil ienes** (ou **191 mil ienes** em casos excepcionais justificados.)

3. Remeter os documentos do item 1 de (1) a (6) pelo correio ao endereço abaixo de forma a **chegar impreterivelmente até o dia 31 de janeiro de 2014 (sexta-feira)**.

A documentação poderá ser imediatamente remetida a partir do momento em que o montante acumulado dos prêmios de seguro tenha atingido o valor de 179 mil ienes (ou 191 mil ienes em casos excepcionais justificados).

O depósito do subsídio será efetuado até o dia 31 de março de 2014. Caso altere a conta até essa data, deve-se entrar em contato.

4. Antes da remessa, utilizar a lista de checagem constante à página 9 do presente comunicado para confirmar se a documentação está completa.

**Para mais esclarecimentos sobre o presente comunicado, entre em contato com a:**

**Associação de Saúde Pública do Japão (*Ippan Zaidan Hojin Nihon Koshu Eisei Kyokai*, Japan Public Health Association)**

**Sr. Hosoda**

**Telefone +81-3-3352-4281**

**Fax +81-3-3352-4605**

**E-mail: [zaigai@jpha.or.jp](mailto:zaigai@jpha.or.jp)**

[Remeter para:]

Programa de Assistência Médica às Vítimas de Bomba Atômica  
Residentes no Exterior

(*Zaigai Hibakusha Hoken Iryo Josei Jigyo Tanto-kakari*)

Associação de Saúde Pública do Japão

(*Ippan Zaidan Hojin Nihon Koshu Eisei Kyokai*)

1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo

160-0022, Japão

## Formulário de solicitação de subsídio (Prêmios de seguro)

Número do comunicado de confirmação de beneficiário do programa				-				
Nome		Data de Nascimento		/	/			
		Dia/Mês/Ano					Sexo	
						M/F		
País de residência								
Endereço								
Telefone	(Preencha a partir do código do país)							
Fax/E-mail								
Conta corrente para depósito	Nome do Banco							
	Nome da Agência (* 1)							
	Endereço da Agência (* 2)							
	Número da conta corrente (* 3)							
		Nome do titular da conta (* 4)						
Recebimento de auxílio no momento desta solicitação (* 5)		Sim		/	Não			
Valor solicitado	Moeda local		(unidade) (* não preencher)					
	Ienes		Equivalente em		ienes (* não preencher)			

\* 1 Certifique-se de que o nome da agência está preenchido.

\* 2 Certifique o preenchimento do endereço.

\* 3 Anexe um documento que permita conferir o número da conta corrente, como a cópia da caderneta do banco.

\* 4 O próprio solicitante deverá ser o titular da conta corrente para depósito.

\* 5 Em sendo beneficiário do auxílio de controle da saúde, do auxílio de saúde, do auxílio especial de tratamento médico, do auxílio especial ou do auxílio de microcefalia causada por bomba atômica no momento desta solicitação, assinale "Sim" com um .

Solicito, conforme disposto acima, a concessão de subsídio às despesas médicas referentes ao ano de 2013. Envio em anexo toda a documentação relativa à solicitação.

Data: Dia \_\_\_\_\_ Mês \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

Nome do solicitante:

Carimbo ou assinatura

(No caso de solicitação por representante)

Nome do representante:

Telefone de contato do representante:

\* Deve ser preenchido o telefone de contato do representante que seja possível entrar em contato impreterivelmente

Ao Excelentíssimo Senhor Governador da Província de Hiroshima

**Detalhamento do requerimento (caso o pagamento for mensal)**

	Valor	Descrição
Janeiro		
Fevereiro		
Março		
Abril		
Maior		
Junho		
Julho		
Agosto		
Setembro		
Outubro		
Novembro		
Dezembro		
Valor total		

Note 1: Os comprovantes e recibos deverão ser separados por mês e colados em papel para colagem dos recibos (modelo na página 7).

Note 2: Preencha os valores em moeda local.

○ Assinale com um círculo o item correspondente.

- Tipo de plano do seguro de saúde:

a) Individual

b) Familiar para casal sem filhos

c) Familiar para casal com filhos (número de associados: )

d) Outros tipo de plano (número de associados: )

- Pagamento do prêmio de seguro:

a) somente do valor correspondente ao plano do segurado

b) do valor integral relativo ao plano familiar ao casal sem filhos

c) do valor integral relativo ao plano familiar para casal com filhos

d) outras formas de pagamento (Especificar: )

### Detalhamento do requerimento (em caso de não pagamento mensal)

Valor	Período em que efetuou o pagamento ao prêmio de seguro
	_____ de _____ a _____ de _____ (Mês/Ano)
	_____ de _____ a _____ de _____ (Mês/Ano)
	_____ de _____ a _____ de _____ (Mês/Ano)
	_____ de _____ a _____ de _____ (Mês/Ano)
	_____ de _____ a _____ de _____ (Mês/Ano)
	_____ de _____ a _____ de _____ (Mês/Ano)

Note 1: O “Período em que efetuou o pagamento ao prêmio de seguro” refere-se ao período coberto pelo seguro. Preencha o mês e o ano de início e término do período de cobertura.

Note 2: Preencha o valor em moeda do país de residência.

Assinale com um círculo o item correspondente.

- Tipo de plano do seguro de saúde:

a) Individual

b) Familiar para casal sem filhos

c) Familiar para casal com filhos (número de associados: \_\_\_\_\_)

d) Outros tipo de plano (número de associados: \_\_\_\_\_)

- Pagamento do prêmio de seguro:

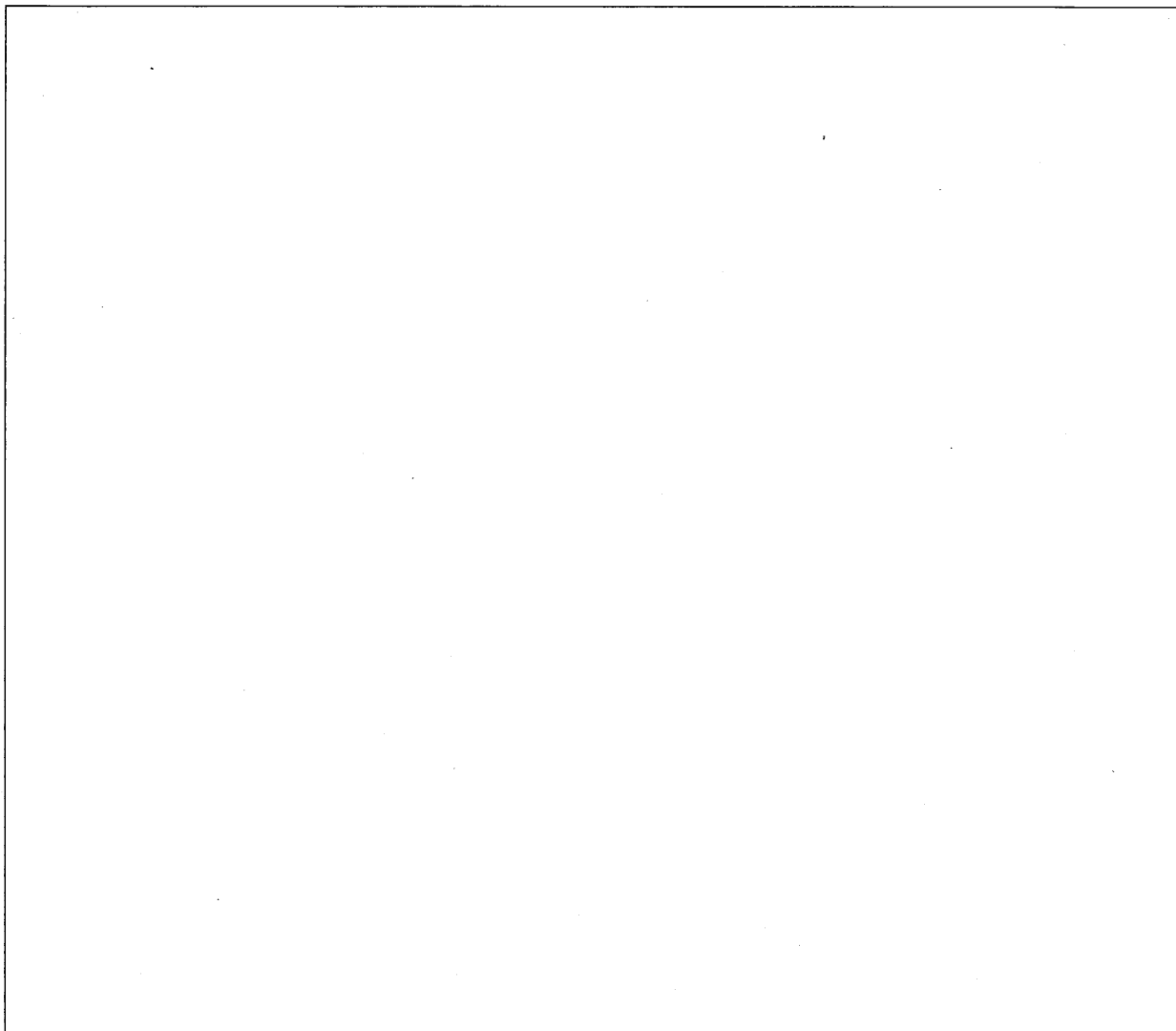
a) somente do valor correspondente ao plano do segurado

b) do valor integral relativo ao plano familiar ao casal sem filhos

c) do valor integral relativo ao plano familiar para casal com filhos

d) outras formas de pagamento (Especificar: \_\_\_\_\_)

**Papel para colagem dos recibos referentes ao mês de (                    )**



Nota 1: Os comprovantes de pagamento ou recibos das despesas deverão conter todos os 4 dados abaixo:

- 1) O valor pago
- 2) O nome do pagante (deverá ser idêntico ao nome do solicitante.)
- 3) O nome, endereço e telefone da seguradora
- 4) Data de pagamento

Nota 2: Faça cópias desta página e apresente um papel para cada mês. Papéis diferentes do presente formulário poderão ser utilizados, desde que haja clara indicação do mês.

**Solicitação de alteração dos dados cadastrais  
(alteração do nome, endereço, telefone)**

Data: Dia \_\_\_\_\_ Mês \_\_\_\_\_ Ano

Ao Excelentíssimo Senhor Governador da Província de Hiroshima

Endereço (depois da alteração):

Nome (depois da alteração):

Carimbo ou assinatura

Notifico abaixo a alteração de nome, endereço e/ou número de telefone, remetendo outrossim cópia do comunicado de confirmação de beneficiário do programa em anexo.

Número do comunicado de confirmação de beneficiário do programa				-					
Alteração do nome	Antigo nome								
	Novo nome								
Alteração de endereço	Antigo endereço								
	Novo endereço								
Alteração do número de telefone	Antigo número	(Preencha a partir do código do país)							
	Novo número	(Preencha a partir do código do país)							
Data da alteração		Dia	Mês	Ano					

\* Necessário anexar um documento que permita conferir o conteúdo da alteração e um documento para identificação do beneficiário.



## Lista de checagem da documentação

\* Antes de remeter os documentos, utilize a lista abaixo para checar se a documentação está completa.

Concluído	Documento
<input type="checkbox"/>	Formulário de solicitação de subsídio (página 4)
<input type="checkbox"/>	Detalhamento do requerimento (página 5 ou 6)
<input type="checkbox"/>	Documento recente de identificação do beneficiário expedido por um órgão oficial, como certidões de registro familiar ( <i>koseki tohon/shohon</i> ), certidões expedidas por cartório, comprovante de permanência definitiva de estrangeiros, comprovante de residência, entre outros (para fins de requerimento do presente subsídio, somente serão válidos documentos que forem expedidos até um mês antes da data do requerimento) * <u>Beneficiários do auxílio de controle da saúde, do auxílio de saúde, do auxílio especial de tratamento médico, do auxílio especial ou do auxílio de microcefalia causada por bomba atômica não precisam apresentar o documento de identidade</u> quando da apresentação do Formulário de solicitação de subsídio,.
<input type="checkbox"/>	Cópia de um dos seguintes documentos: comunicado de confirmação da condição de beneficiário do programa, carteira de saúde de vítima da bomba atômica, comprovante da condição de vítima da bomba atômica (certidão de vítima da bomba).
<input type="checkbox"/>	Documento que permite verificar a conta corrente para depósito, tal como cópia da caderneta do banco.
<input type="checkbox"/>	Cópia da apólice de seguro
<input type="checkbox"/>	Comprovantes de pagamento ou recibos emitidos pelos prêmios de seguro por seguradora (colados no papel de colagem de recibos, à página 7) *1 Sublinhe as informações relativas aos valores pagos nos comprovantes de pagamento ou recibos a serem remetidos. *2 Caso os valores constantes nos comprovantes de pagamento ou recibos emitidos pelos prêmios de seguro contemplem mais de um paciente além do beneficiário-solicitante, discrimine os montantes de forma a identificar o do solicitante.
<input type="checkbox"/>	Solicitação de alteração dos dados cadastrais, se houver (página 8)