

Personas que no están afiliadas al seguro privado

Año Fiscal 2013

Ministerio de Salud, Trabajo
y Bienestar
Prefectura de Hiroshima

A las Víctimas de la Bomba Atómica que Residen en el Extranjero - Sobre la tramitación del Pago de Subsidio para las Asistencias Médicas a las Víctimas de la Bomba Atómica que Residen en el Extranjero -

* Este aviso es para aquellas personas que residen en Brasil, Argentina, Paraguay, Bolivia y Perú.

Se inicia la aceptación de la forma de solicitud del subsidio del año 2013, por lo cual se ruega que realicen la trasmisión de la solicitud aquellas personas que han recibido la notificación para certificar el derecho al subsidio.

1. Se ruega presentar los 7 siguientes documentos.

(1) Solicitud del pago

Rellene los formularios presentados en las páginas 4, 5 y 6.

(2) Certificado emitido por una organización pública dentro de un mes antes de la solicitud y que confirme la identidad del solicitante

Ejemplos: Uno de los siguientes documentos: Copia/Extracto del registro civil, documento certificado por un notario (Notary Public), permiso de residencia, certificado de residencia, etc.

* No obstante, aquellas personas que reciben el subsidio de control de salud, el subsidio de salud, el subsidio especial de asistencia médica, el subsidio especial o el subsidio por microcefalia causada por la bomba atómica en el momento que presenten la “solicitud del pago”, no requieren presentar dicho certificado.

- (3) Notificación para certificar el derecho al subsidio
Libreta de salud de la víctima de la bomba atómica
Certificado del estado en el momento en el cual se
sufrieron las consecuencias de la bomba atómica
(Certificado de la víctima de la bomba atómica)

} copia de
cualquiera de
estos documentos

* En caso de que haya cambiado el nombre, el domicilio o el número de teléfono, presente la solicitud del cambio del contenido confirmado indicada en la página 8.

- (4) Documento con el cual se puede confirmar la cuenta bancaria para el pago tal como una copia de la libreta de depósitos

- (5) Recibos emitidos por las instituciones médicas

- (6) En caso de que el solicitante del subsidio haya sido internado 4 días o más consecutivos, un documento que lo compruebe

(Nota) Es necesario que en los recibos emitidos por las instituciones médicas en (5) mencionada arriba se mencionen los 4 siguientes puntos:

- 1) El importe pagado
- 2) El nombre de la persona que ha pagado ese importe (debe coincidir con el nombre de la misma persona que presenta la solicitud)
- 3) El nombre, el domicilio y el número de teléfono de la institución médica
- 4) La fecha de pago

* Para que se pueda saber el importe pagado, subraye la parte correspondiente del recibo sin falta. Asimismo, en cuanto a los recibos que contienen también los gastos médicos de otras personas, hágalo de forma que se pueda saber la parte correspondiente al solicitante mismo.

* Presente los recibos originales con certeza. (En caso de que haya alguna razón por la cual no sea posible presentar los recibos originales, se pueden presentar copias.)

- (7) Lista de las instituciones médicas donde el solicitante del subsidio recibió asistencias médicas

* Rellene el formulario de la página 7 en cuanto a las instituciones médicas donde el solicitante del subsidio recibió asistencias médicas en el año 2013.

2. El “subsidio del año 2013” corresponde a los gastos médicos pagados entre enero y diciembre del año 2013 y el límite superior del subsidio es de

179.000 yenes. (En caso de que el solicitante del subsidio haya sido internado 4 días o más consecutivos, el límite superior será de **191.000 yenes.**)

3. Los 7 documentos indicados en el apartado 1. deben **llegar sin falta antes del viernes 31 de enero del año 2014.**
Envíelos por correo a la dirección señalada abajo.

Si los gastos médicos pagados superan el límite del subsidio 179.000 yenes (en caso de que el solicitante del subsidio haya sido internado 4 días o más consecutivos, el límite superior será de 191.000 yenes), entonces se pueden enviar los documentos.

La transferencia del subsidio se realizará a más tardar en **el 31 de marzo del año 2014.** En caso de cambiar la cuenta de depósitos, comuníquese sin falta los datos de una nueva cuenta antes de esa fecha.

4. Antes de enviar los documentos por correo, verifique con la lista de chequeo de la página 9 que todos los documentos necesarios para la solicitud están completos.

Solicite información sobre este aviso en:

**Asociación de Salud Pública de Japón
Hosoda**

Teléfono: +81-3-3352-4281

Fax: +81-3-3352-4605

Correo electrónico: zaigai@jpha.or.jp

[Dirección]

Sección del pago de subsidio para las asistencias médicas a las víctimas de la bomba atómica que residen en el extranjero (*Zaigai Hibakusha Hokeniryō Josei Jigyō Gakari*)

Asociación de Salud Pública de Japón (*Nihon Kosshu Eisei Kyokai*)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokio 160-0022, Japón

Solicitud del pago de subsidio (Gastos médicos)

Número de la notificación para certificar el derecho al subsidio		-						
Nombre		Fecha de nacimiento: (Día/Mes/Año)				Sexo Hombre/ Mujer		
País de residencia								
Domicilio								
Teléfono	(Escriba desde el código del país)							
Fax/Correo electrónico								
Cuenta de depósitos	Nombre de la institución bancaria							
	Nombre de la oficina principal/sucursal (*1)							
	Dirección de la oficina principal/sucursal (*2)							
	Número de cuenta (*3)							
	Titular de la cuenta (*4)							
Si ha sido internado 4 días o más consecutivos o no. (*5)		Sí / No						
Período de internación (*6)		De ___ / ___ (Día/Mes) a ___ / ___ (Día/Mes)						
Si recibe algún subsidio en el momento de solicitud o no. (*7)		Sí / No						
Importe de solicitud	En moneda local				(Unidad) (*No rellene.)			
	En yenes japoneses		Equivalentes a		yenes (*No rellene.)			

- *1 Escriba sin falta el nombre de la oficina principal (sucursal).
- *2 Escriba sin falta la dirección.
- *3 Adjunte un documento con el cual se pueda confirmar la cuenta como una copia de la libreta de depósitos.
- *4 El titular de la cuenta para el pago debe ser el solicitante mismo.
- *5 En caso de que el solicitante haya sido internado 4 días o más consecutivos, marque un círculo (○) en el "Sí". Asimismo, adjunte un documento que compruebe la internación de 4 días o más consecutivos.
- *6 En caso de que el solicitante haya sido internado 4 días o más consecutivos, escriba ese período.
- *7 Si usted recibe el subsidio de control de salud, el subsidio de salud, el subsidio especial de asistencia médica, el subsidio especial o el subsidio por microcefalia causada por la bomba atómica en el momento de esta solicitud, marque un círculo (○) en el "Sí".

Como se ha mencionado arriba, deseo y solicito el subsidio para las asistencias médicas del año 2013 adjuntando los documentos relacionados.

Fecha: / / (Día/ Mes/Año)

Nombre del solicitante:

Sello personal (o firma)

(En caso de solicitar el subsidio a través de un apoderado)

Nombre del apoderado:

Información de contacto del apoderado:

*En cuanto a la información de contacto del apoderado, se ruega anotar una información que nos permita ponernos en contacto con el apoderado sin falta.

Al señor gobernador de la prefectura de Hiroshima

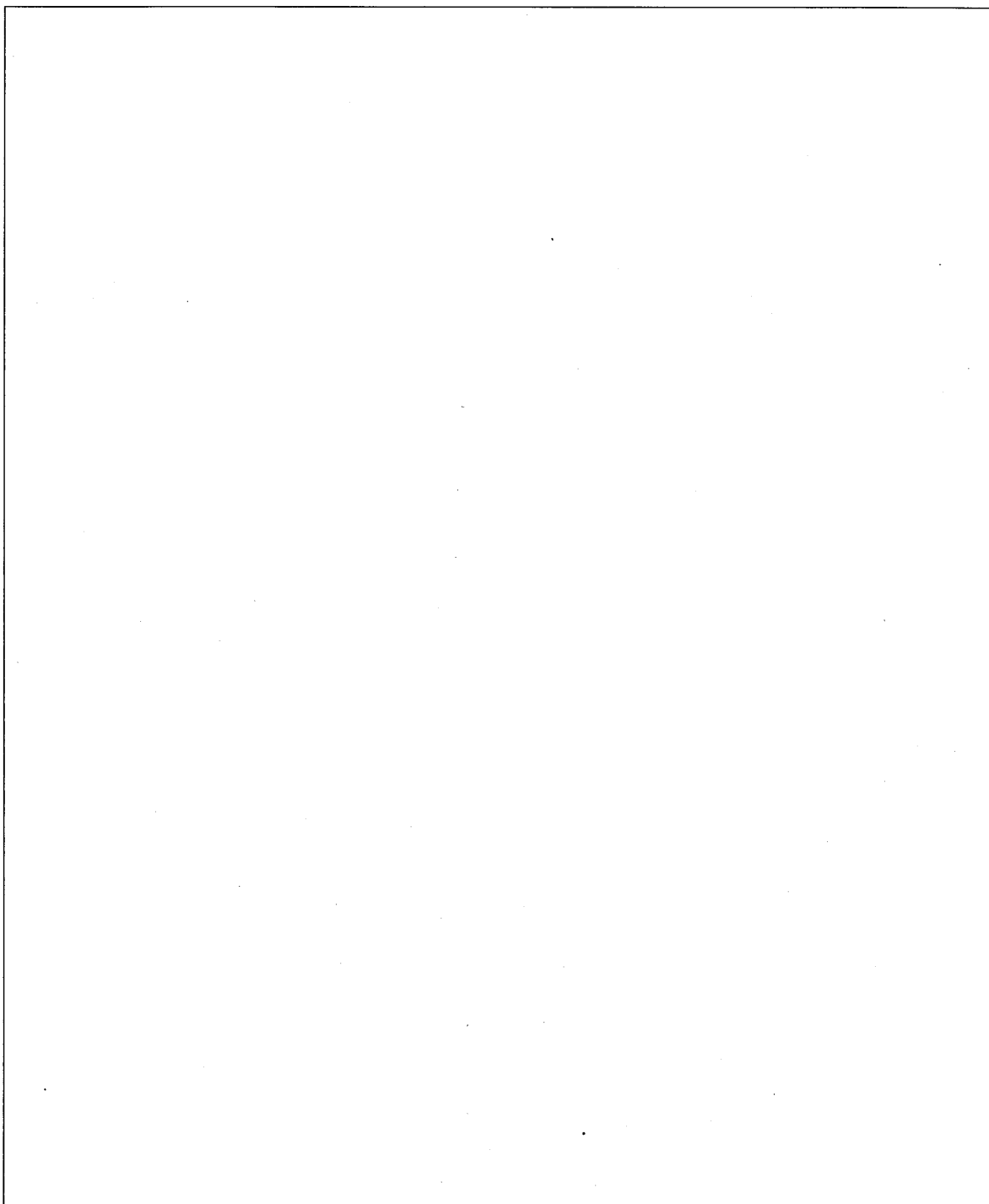
Detalle de la solicitud del pago

	Importe	Resumen (En caso de internación, escriba el nombre del hospital.)
Enero		
Febrero		
Marzo		
Abril		
Mayo		
Junio		
Julio		
Agosto		
Septiembre		
Octubre		
Noviembre		
Diciembre		
Total		

(Nota 1) En cuanto a los recibos correspondientes a los gastos de cada mes preséntelos pegándolos en la hoja para los recibos de la página 6 según los meses.

(Nota 2) Escriba el importe en moneda local del país de residencia.

Hoja para los recibos correspondientes al mes de ()



(Nota 1) Es necesario que en los recibos emitidos por las instituciones médicas se mencionen los 4 siguientes puntos:

- 1) El importe pagado
- 2) El nombre de la persona que ha pagado ese importe (debe coincidir con el nombre de la misma persona que presenta la solicitud)
- 3) El nombre, el domicilio y el número de teléfono de la institución médica
- 4) La fecha de pago

(Nota 2) Preste atención: Los recibos no se devolverán.

(Nota 3) Copie este formulario según las necesidades y prepare una hoja para cada mes. No es necesario utilizar este formulario, si se indica claramente el mes correspondiente.

Lista de las instituciones médicas donde el solicitante del subsidio recibió asistencia médica
 (Anotar las instituciones médicas a donde usted acude actualmente o regularmente para recibir asistencia médica.)

Día: Mes: Año:

Al señor gobernador de la prefectura de Hiroshima

Domicilio:

Nombre:

Número de teléfono: () -

Nombre de la institución médica	Dirección de la institución médica	Número de teléfono

Solicitud del cambio del contenido confirmado (Cambio del nombre/domicilio/número de teléfono)

Día: Mes: Año:

Al señor gobernador de la prefectura de Hiroshima

Domicilio (después del cambio):

Nombre (después del cambio):

Sello personal
(o firma)

Solicito el cambio señalado a continuación, adjuntando una copia de la notificación para certificar el derecho al subsidio.

Número de la notificación para certificar el derecho al subsidio				-					
Cambio del nombre	Nombre anterior al cambio								
	Nombre posterior al cambio								
Cambio del domicilio	Domicilio anterior al cambio								
	Domicilio posterior al cambio								
Cambio del número de teléfono	Número de teléfono anterior al cambio	(Escriba desde el código del país)							
	Número de teléfono posterior al cambio	(Escriba desde el código del país)							
Fecha del cambio		Día:	Mes:	Año:					

* Adjunte un documento con el cual se pueda confirmar el contenido del cambio, así como un documento que permita confirmar la identidad del solicitante mismo.

Lista de chequeo de los documentos a presentar

* Antes de presentar los documentos, verifique con esta lista que todos los documentos necesarios están completos.

Columna de chequeo	Documentos a presentar
<input type="checkbox"/>	Solicitud del pago de subsidio (Página 4)
<input type="checkbox"/>	Detalle de la solicitud del pago (Página 5)
<input type="checkbox"/>	<p>Certificado emitido por una organización pública dentro de un mes antes de la solicitud y que confirme la identidad del solicitante (Copia/Extracto del registro civil, documento certificado por un notario, permiso de residencia, certificado de residencia, etc.)</p> <p>* <u>Las personas que reciben el subsidio de control de salud, el subsidio de salud, el subsidio especial de asistencia médica, el subsidio especial o el subsidio por microcefalia causada por la bomba atómica en el momento que presenten la solicitud del pago, no requieren presentar dicho certificado.</u></p>
<input type="checkbox"/>	Copia de cualquiera de los siguientes documentos: Notificación para certificar el derecho al subsidio, Libreta de salud de la víctima de la bomba atómica, Certificado del estado en el momento en el cual se sufrieron las consecuencias de la bomba atómica (Certificado de la víctima de la bomba atómica)
<input type="checkbox"/>	Documento con el cual se puede confirmar la cuenta bancaria para el pago tal como una copia de la libreta de depósitos
<input type="checkbox"/>	<p>Recibos emitidos por las instituciones médicas (Aquellos que están pegados en la hoja para los recibos de la página 6)</p> <p>*1 Para que se pueda saber el importe pagado, subraye la parte correspondiente del recibo sin falta.</p> <p>*2 En cuanto a los recibos que contienen también los gastos médicos de otras personas, hágalo de forma que se pueda saber la parte correspondiente al solicitante mismo.</p>
<input type="checkbox"/>	Documento que comprueba la internación de 4 días o más consecutivos (Se limitan a los casos de internación de 4 días o más consecutivos.)
<input type="checkbox"/>	Lista de las instituciones médicas donde el solicitante del subsidio recibió asistencias médicas (Paginas 7)
<input type="checkbox"/>	Solicitud del cambio del contenido confirmado (Se limitan a los casos del cambio del domicilio, etc.) (Página 8)