

Guía sobre la solicitud de la subvención los gastos médicos, etc.

~ Índice del documento ~

- Introducción (Sumario de 2 Sistemas de Subsidio) 1
- Forma de elegir el formulario de solicitud
(Diagrama de flujo) 2
- 1. Solicitud de subsidio de atención médica (Detalles)..... 3
 - Lista de la cantidad máxima de subsidio de atención médica en moneda de cada país de residencia
 - Beneficiarios
 - Gastos médicos, etc. objetos del subsidio
 - Otros (Solicitud de gastos médicos conforme a la ley, fecha límite de presentación)
 - Trámite de solicitud
- 2. Solicitud de gastos médicos conforme a la ley (Detalles) 6
 - Beneficiarios
 - Gastos médicos, etc. objetos del subsidio
 - Otros
 - Trámite de solicitud
 - Sobre el pago de gastos médicos a las víctimas de la bomba atómica 【Método de cálculo】

<Formulario de solicitud, etc.>

- Trámite de solicitud de subsidio (gastos médicos) de atención médica
<Documento azul> (Formulario de solicitud)
- Trámite de solicitud de los gastos médicos conforme a la ley
<Documento rosa> (Formulario de solicitud)

Esta información también puede ser descargada de la página web del
Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar Social.

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/genbaku/genbaku03/index.html



Código de barras
bidimensional

Guía sobre la solicitud del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica, etc.

~ Introducción ~

Agosto de 2023
Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar
Prefectura de Hiroshima

En relación a aquellas personas que viven fuera de Japón, los siguientes dos programas de subsidio están disponibles para la cobertura de los gastos médicos (en el país de residencia) que le corresponde pagar al interesado, etc., sobre cuyo trámite de solicitud explicamos a continuación.

Para aquellos cuyo valor anual a pagar por el interesado es

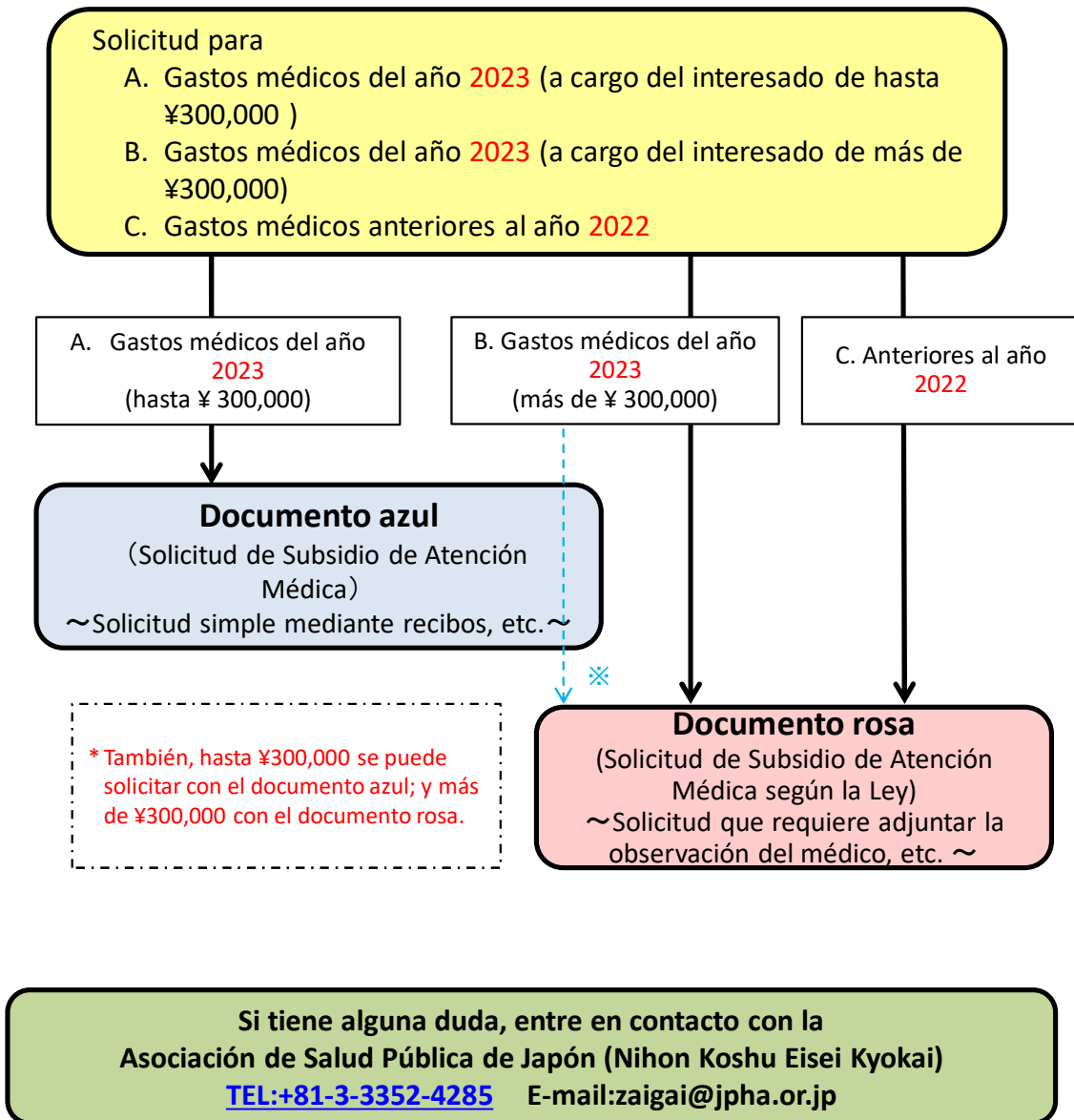
- 300,000 yenes o menor, utilicen “1. Subsidio de atención médica”.
- mayor de 300,000 yenes, soliciten como “2. Atención médica basada en ley*”.

* Ley de protección de víctimas de bombas atómicas

[Sumario]

	1. Subsidio de atención médica (Valor a pagar por el interesado es 300,000 yenes o menor)	2. Atención médica basada en ley (Valor a pagar por el interesado es mayor de 300,000 yenes)
Documentos para la solicitud	Método de solicitud simple adjuntando recibo	Solicitud que requiere adjuntar la observación del médico, etc.
	<ul style="list-style-type: none">○ Formulario de solicitud○ Recibo	<ul style="list-style-type: none">○ Formulario de solicitud○ Recibo○ Observación del médico, etc. (Presentar la observación del médico, etc. que detalle el nombre de la enfermedad y los detalles del tratamiento emitido por las instituciones médicas y farmacias)
	Consulte el documento azul.	Consulte el documento rosa para obtener más detalles.
Lugar de presentación	Asociación de Salud Pública de Japón	Asociación de Salud Pública de Japón
Fecha límite	Debe llegar el 31 de enero de 2024	-
Valor máximo, etc.	Se otorga un subsidio de hasta un máximo de 300,000 yenes por año (correspondiente de enero a diciembre).	La cantidad máxima de pago fue calculada en base a ejemplos de gastos de servicios médicos en Japón.
Observaciones	Puede presentar la solicitud tantas veces como desee dentro del plazo de presentación, hasta el pago anual máximo de 300,000 yenes por año.	Tomará una cantidad considerable de tiempo para la evaluación dado que se calculan los costos de tratamientos similares en Japón.

【¿Cómo elegir los documentos de la solicitud? -Verifíquelo con este diagrama de flujo-】



* La solicitud mediante el documento rosa puede realizarse aunque no exceda la cantidad máxima de pago de 300.000 yenes, pero el trámite se hará más complicado.

1. Solicitud para Subsidio para Gastos de Asistencia Médica (Solicitud sencilla mediante los recibos, etc.)

A través del procedimiento sencillo por medio de recibos, etc., basado en el límite máximo del pago anual de 300,000 yenes*1, puede recibir el pago del subsidio por los gastos médicos.

* En la lista de la siguiente página se muestra el límite máximo de pago en monedas correspondientes a cada país de residencia. En cuanto a los gastos médicos sufragados durante 1 año, de enero a diciembre de 2023, es posible presentar la solicitud para el subsidio de gastos médicos dentro del alcance de lo indicado en la “Lista de límite máximo de Subsidio para Gastos de Asistencia Médica”.

La determinación del monto del subsidio, se hará en la moneda del país de residencia. Al momento del pago, dependiendo del tipo de moneda en que lo reciba, será afectado por tipo de cambio. Tenga presente que también en caso de recibirlo en cuenta bancaria en yenes, el monto máximo del subsidio podría variar de “300,000 yenes” lo cual se especifica en el aviso.)

**Lista del límite máximo de Subsidio para Gastos de Asistencia Médica en monedas del país de residencia
(Gastos médicos, etc. pagados durante 1 año, de enero a diciembre de 2023)**

País o región	Unidad de moneda	Límite máximo de Subsidio para Gastos de Asistencia Médica
República Argentina	Peso argentino	441,177 ARS
Mancomunidad de Australia	Dólar australiano	3,288 AUD
Bolivia Multiétnico	Boliviano	14,606 BOB
República Federativa del Brasil	Real	10,601 BRL
Canadá	Dólar canadiense	2,994 CAD
República Popular de China	RMB	15,268 CNY
UE	Euro	2,065 EUR
República de Indonesia	Rupias	30,000,000 IDR
Estados Unidos Mexicanos	Nuevo peso	35,757 MXN
República Filipina	Peso filipino	115,831 PHP
República de Singapur	Dólar de Singapur	2,978 SGD
Reino de Suecia	Corona sueca	22,745 SEK
Federación Suiza	Franco suizo	2,054 CHF
Taiwán	Nuevo dólar taiwanés	66,965 TWD
Reino de Tailandia	Baht tailandés	75,567 THB
Reino Unido	Libra esterlina	1,788 GBP
Estados Unidos de América	Dólar estadounidense	2,237 USD
República Oriental del Uruguay	Peso uruguayo	87,720 UYU
República Democrática de Vietnam	Don	49,180,328 VND

* Basado en el tipo de cambio del inicio de abril de 2023.

* Si tiene alguna duda, entre en contacto con la Asociación de Salud Pública de Japón (Nihon Kosshu Eisei Kyokai)

(1) Beneficiarios

- Personas que tengan que pagar gastos médicos en su país de residencia
- Si el beneficiario ha fallecido, será el familiar que lo represente.

(2) Gastos médicos, etc., aplicables

De los siguientes gastos, se pagarán **hasta 300,000 yenes como límite superior anual (ver pág.3*)**.

- **Pago realizado durante 1 año**, de enero a diciembre de 2023
 - Gastos médicos pagados por el interesado
 - Gastos de diagnósticos de salud

(3) Fecha límite de presentación

La documentación deberá llegar hasta la fecha límite para la presentación de la solicitud que es el (miércoles) 31 de enero de 2024. Por favor, no olvide de hacer la solicitud.

Así mismo, hasta la fecha límite, se puede presentar esta solicitud varias veces hasta llegar al monto máximo del pago de 300,000 yenes (ver pág.3*).

Por favor tenga en cuenta que se tardará cierto tiempo desde la presentación de la solicitud hasta el depósito, dado que se requiere tiempo para evaluación de la misma. Se evaluará según el orden de recepción.

(4) Procedimientos de solicitud

Ver la documentación de color azul.

(5) Otros

1) Sobre la solicitud del Subsidio para gastos médicos según la Ley

De los gastos médicos a cargo del interesado, en relación al monto que supere el monto máximo otorgado por año de 300,000 yenes (ver pág.3*), se podrá hacer la solicitud de los gastos médicos según la Ley especificada en la página 6. En ese caso, es necesario presentar la observación del médico, etc., expedido por instituciones médicas y farmacias, con la descripción del nombre de la enfermedad y los detalles de su tratamiento.

2. Solicitud del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica según la Ley (Solicitud para casos en que se superan los 300,000 yenes)

1. Para aquellos gastos a cargo del interesado que excedan el monto máximo anual del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica de 300,000 yenes (ver pág.3*), se puede presentar la solicitud de gastos médicos según la Ley de Protección de Víctimas de la Bomba Atómica.

Tome en consideración que, para pagos a cargo del interesado hasta 300,000 yenes, se puede usar el Subsidio de Atención Médica de la página 3 (solicitud simple mediante recibos, etc.).

(1) Beneficiarios

- Aquellas personas que hayan tenido que pagar gastos que excedan el monto máximo anual del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica de 300,000 yenes (ver pág.3*).
- Si el beneficiario ha fallecido, será el familiar que lo represente.

(2) Gastos médicos aplicables

Gastos médicos a cargo del interesado pagados

* Sin embargo, los siguientes gastos médicos no pueden ser objeto del pago

- 1) Aquellos tratamientos médicos que no están reconocidos por los seguros médicos públicos japoneses, tales como recargo por habitación de lujo, las tasas de la emisión de certificados, etc.
- 2) Aquellos implantes y atenciones médicas avanzadas, etc., que no son objeto de los seguros médicos públicos japoneses
- 3) Aquellos gastos que sean cubiertos por el Subsidio para Gastos de Asistencia Médica etc.

[Principales ejemplos de ítems que no sean cubiertos por los seguros médicos públicos japoneses]

- Aquellos tratamientos no reconocidos como tratamientos médicos
 - Recargo por habitación de lujo
 - Gastos de ropa de hospital y pañales
 - Gastos de documentos, tasa de emisión de certificados
 - Costos de uso de centros de asistencia de enfermería, gastos de asistencia de enfermería y depósitos para ingreso a centros de asistencia
 - Gastos de ingreso a centros gerontológicos
- Tratamientos y prótesis que no son objeto del subsidio
 - Costos de tratamiento de implantes
 - Costos de los fármacos que no dependen de prescripción médica y los gastos de suplementos
 - Costos de diagnósticos de salud sin fines terapéuticos
 - Vacunación preventiva
 - Tratamientos médicos avanzados
 - Gafas y audífonos, equipo auxiliar como andadores y sillas de ruedas etc.

(3) Procedimientos de solicitud

Por favor, consulte el documento rosa.

(4) Otros

- Pueden solicitar los gastos médicos según la ley a pesar de que el monto de los mismos sea menor a 300,000 yenes (ver pág.3*), que es el monto máximo otorgado por año. Pero en este caso como se requiere presentar documentos tales como la observación del médico, etc. en los cuales estén especificados el nombre y tratamiento de la enfermedad, el trámite resultará más complicado.

Además, tomará una cantidad considerable de tiempo para calcular los costos de tratamientos similares en Japón.

Por ello, tenga en cuenta que el caso de la Solicitud de Gastos Médicos según la Ley **demorará más tiempo hasta el otorgamiento de pago que el Subsidio para Gastos de Asistencia Médica, etc. (solicitud simple mediante recibos, etc).**

- En lo que respecta a los siguientes períodos de tiempo, si presenta la solicitud de los gastos médicos según la Ley adjuntando los documentos necesarios, una vez hecha la evaluación, hay casos en que es posible el pago de los gastos médicos a cargo del interesado.
 - El período en lo que no se ha recibido el Subsidio para Gastos de Asistencia Médica a partir del año 2004.
 - El período que comprende desde la adquisición de la libreta de salud de víctima de la bomba atómica hasta el año 2003

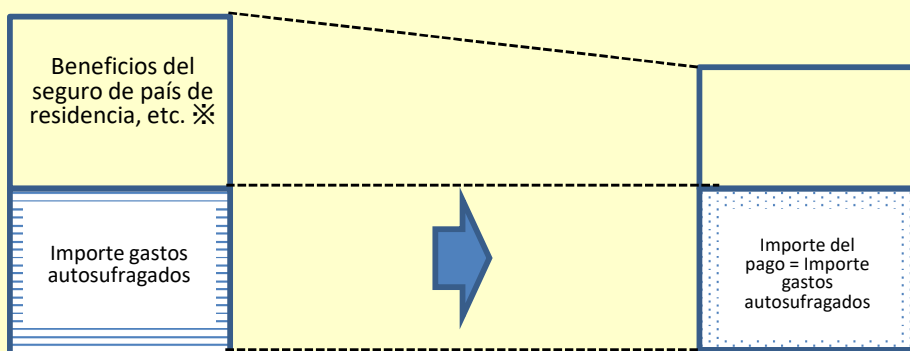
[Método de cálculo]

① En caso de que el contenido del servicio médico del país de residencia sea próximo al servicio médico de Japón y que el monto después del cálculo supere al importe de los gastos autosufragados

⇒ Pago de los gastos autosufragados

※ Como el monto supera a los gastos autosufragados aunque se haya convertido al servicio médico de Japón, se paga el mismo importe que el de los gastos autosufragados

(Gastos médicos del país de residencia) (Conversión al sistema de pago de servicios médicos de Japón)

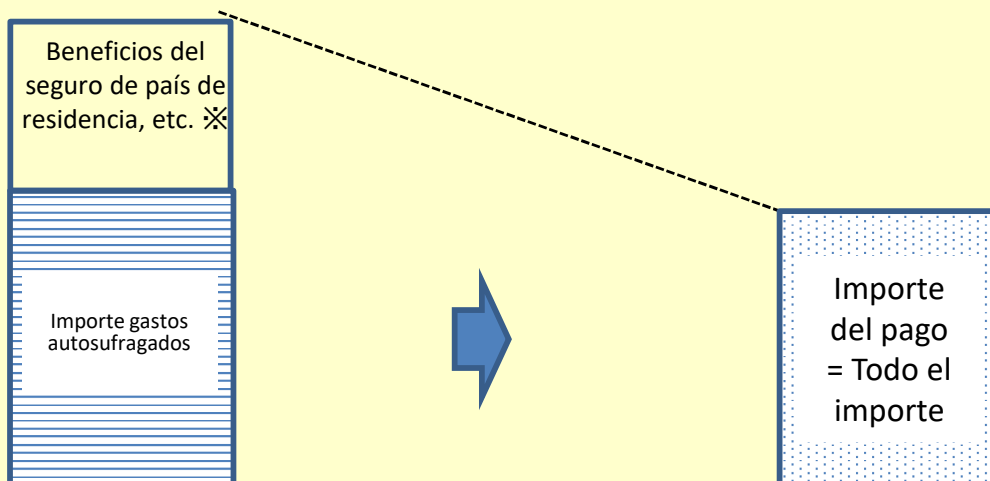


② En caso de que el contenido del servicio médico del país de residencia sea considerablemente más caro que el del servicio médico de Japón

⇒ Se paga todo el importe del monto total convertido a los gastos médicos de Japón

※ Sin embargo, el importe sufragado es mayor que el importe pagado

(Gastos médicos del país de residencia) (Conversión al sistema de pago de servicios médicos de Japón)



Trámite de Solicitud de Subsidio para Gastos de Atención Médica (Gastos Médicos)

(Solicitud sencilla de pago mediante las facturas. (Gastos Médicos))

◆ Presente los documentos del 1 al 12 (del 7 al 12 solo las personas que se encuadren)

Columna de chequeo	N°	Documentos a presentar
<input type="checkbox"/>	1	Formulario de Solicitud del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica y Solicitud de Confirmación de Ser Objeto de la Recepción del Subsidio (Formulario N° 5)
<input type="checkbox"/>	2	Documentos para verificar la cuenta bancaria donde se hará el depósito (una copia de libreta de banco, cheque, etc.)
<input type="checkbox"/>	3	Detalle de la Solicitud del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica (Formulario N° 5-2)
<input type="checkbox"/>	4	Documentos tal como las facturas para verificar los siguientes 4 ítems 1) Importe pagado 2) Nombre y apellido de la persona que recibió el tratamiento médico (el nombre y apellido que sean propios del solicitante mismo) En el caso de incluirse en el recibo gastos médicos de alguna otra persona, debe subrayarse la cantidad correspondiente al solicitante. 3) Nombre, dirección, número de teléfono de la institución 4) Fecha del pago * <u>En función de la necesidad, adjuntar los siguientes documentos:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Si compra el medicamento a la farmacia por la prescripción de un médico: la prescripción • Si ha recibido un beneficio de un seguro privada seguro: certificado del beneficio del seguro, etc.
<input type="checkbox"/>	5	Una copia cualquiera de: Aviso de confirmación de beneficiario del subsidio, Libreta de salud de víctima de la bomba atómica, Certificado de conformación de la situación causada por la bomba atómica
<input type="checkbox"/>	6	Lista de las instituciones médicas consultadas (Formulario N° 6)

Por favor, si es necesario presente los siguientes documentos

<input type="checkbox"/>	7	Documentos de verificación de identidad * Aquellos que no reciban ningún tipo de subsidio (subsidio de gestión de salud, subsidio de salud, subsidio médico especial y subsidios especiales) deben presentar uno de los siguientes documentos. - Registro familiar entero o parcial, documento certificado por notario público, - Permiso de residencia, certificado de residencia, etc. (Documentos emitidos en dentro de 1 mes antes del día de la solicitud)
<input type="checkbox"/>	8	Notificación de cambio de datos (Formulario N° 7) * <u>Enviar</u> solamente si hay un cambio de dirección, etc.
<input type="checkbox"/>	9	Solicitud de pago (solicitud tras el fallecimiento) (Formulario N° 8) ※ Envíe el N° 9 en vez del N° 1
<input type="checkbox"/>	10	Registro de defunciones (Formulario No. 9) * <u>Adjunte un</u> documento (Certificado de Defunción expedido por organismos públicos u hospitales) con lo cual se puede verificar la fecha del fallecimiento.
<input type="checkbox"/>	11	Documento que certifique que la relación de parentesco o existencia del derecho a herencia de bienes
<input type="checkbox"/>	12	Documentos para verificar la cuenta bancaria del beneficiario donde se realizará el depósito (La cuenta bancaria debe estar sin falta con el nombre del solicitante después del fallecimiento) * Por favor, solicitamos que presente los documentos del No. 9 al 12, sólo en caso de que el familiar solicite los gastos de asistencia médica de la víctima de la bomba atómica fallecida.

◆ Período de presentación de solicitudes, etc.

**[Fecha límite para la presentación de la solicitud:
Recepción hasta el 31 de enero de 2024 (miércoles)]**

Hasta la fecha límite, se puede presentar esta solicitud varias veces hasta llegar al monto máximo del pago de 300,000 yenes por año.

Tenga en cuenta que se tardará cierto tiempo desde la presentación de la solicitud hasta el depósito dado que se requiere tiempo para evaluación de la misma. Se evaluará en secuencia de recepción.

[Lugares **donde se presentan los documentos para la solicitud del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica (Prima de Seguro)]**

Sección del pago de subsidio para asistencias médicas a las víctimas de la bomba atómica que residen en el extranjero (*Zaigai Hibakusha Hokeniryō Josei Jigyō Tanto Gakari*)
Asociación de Salud Pública de Japón (*Nihon Koshu Eisei Kyokai*)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokio 160-0022, Japón

Tel: +81-3-3352-4285
Fax: +81-3-3352-4605
Email: zaigai@jpha.or.jp



Sección del pago de subsidio para asistencias médicas a las víctimas de la bomba atómica que residen en el extranjero (*Zaigai Hibakusha Hokeniryō Josei Jigyō Tanto Gakari*)
Asociación de Salud Pública de Japón (*Nihon Koshu Eisei Kyokai*)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokio 160-0022, Japón

Tel: +81-3-3352-4285
Fax: +81-3-3352-4605
Email: zaigai@jpha.or.jp



Sección del pago de subsidio para asistencias médicas a las víctimas de la bomba atómica que residen en el extranjero (*Zaigai Hibakusha Hokeniryō Josei Jigyō Tanto Gakari*)
Asociación de Salud Pública de Japón (*Nihon Koshu Eisei Kyokai*)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokio 160-0022, Japón

Tel: +81-3-3352-4285
Fax: +81-3-3352-4605
Email: zaigai@jpha.or.jp



Sección del pago de subsidio para asistencias médicas a las víctimas de la bomba atómica que residen en el extranjero (*Zaigai Hibakusha Hokeniryō Josei Jigyō Tanto Gakari*)
Asociación de Salud Pública de Japón (*Nihon Koshu Eisei Kyokai*)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokio 160-0022, Japón

Tel: +81-3-3352-4285
Fax: +81-3-3352-4605
Email: zaigai@jpha.or.jp



Por favor, corte por la línea de puntos y utilícelo como etiqueta en el momento del envío.

En caso de preverse que se harán varias solicitudes, copie y use el formulario de la página 3 al 9 (no importa que el color del papel sea blanco), o solicite la Asociación Japonesa de Salud Pública que le envíe hojas de solicitud adicionales.

Formulario de Solicitud del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica y Formulario de Solicitud de Confirmación de Ser Objeto de la Recepción del Subsidio (Gastos Médicos)

Número de la notificación para certificar el derecho al subsidio				-					
(Si esta es su primera solicitud y no tiene el número de notificación de confirmación de ser objeto de la recepción del subsidio, escriba uno de los siguientes números y adjunte una copia del mismo.)									
No. de Libreta de Víctima de la Bomba Atómica (No. de Beneficiario de Cobertura de Atención Médica por Fondos Públicos)									
No. de Confirmación de la Situación en el Momento de Sufrir la Bomba Atómica (o Documento de Confirmación de Víctima de la Bomba Atómica)									
Nombre				Fecha de nacimiento: (Día/Mes/Año)					
País de residencia						Sexo			
						Hombre/Mujer			
Domicilio									
Teléfono	(Escriba desde el código del país)								
Fax/Correo electrónico	(Puede escribir también la información de contacto de un familiar)								
Cuenta de Depósitos *1	Nombre de la institución bancaria								
	Nombre de la oficina principal/sucursal								
	Dirección de la oficina principal/sucursal								
	Número de cuenta								
	Titular de la cuenta								
	Código IBAN *2								
Recibe algún subsidio en el momento de solicitud. *3				Sí		/		No	
Importe de solicitud	En moneda local			(Unidad)					

*1 Sobre la cuenta de depósitos

- Adjunte un documento con el cual se pueda confirmar la cuenta como una copia de la libreta de depósitos.

- El titular de la cuenta para el pago debe ser el solicitante mismo.

*2 El código IBAN deben escribirlo solamente aquellos cuyo domicilio esté en América del Sur o en Europa.

*3 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, adjunto los documentos relacionados con el fin de ser otorgado del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica del año 2023.

Fecha: / / (Día/ Mes/Año)

Nombre del solicitante:

***La correspondiente columna de firma debe ser firmada por el propio solicitante.**

(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 (gastos médicos)

	Importe	Resumen
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 7 (Formulario No.5-3) 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, dirección, número de teléfono de la institución
- 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 instituciones médicas donde el solicitante del subsidio recibe asistencias médicas
(Anote las instituciones médicas a donde usted acude actualmente o regularmente para recibir asistencias médicas.)

Día: Mes: Año:

Al señor Gobernador de la Prefectura de Hiroshima

País de residencia: _____
Domicilio: _____
En letras Katakana _____
Nombre: _____
Número de teléfono: (Escriba desde el código del país.)

Nombre de la institución médica	Domicilio de la institución médica	Número de teléfono (Escriba desde el código del país.)

Solicitud del cambio del contenido confirmado

(Cambio de nombre/domicilio/número de teléfono)

Día: Mes: Año:

Al señor Gobernador de la Prefectura de Hiroshima

Domicilio (posterior al cambio) _____
Nombre (posterior al cambio) _____

***La correspondiente columna de firma debe ser firmada por el propio solicitante.**

Llene solo los ítems en que haya modificación.

Número de la notificación para certificar el derecho al subsidio				-					
Cambio de nombre	Nombre anterior al cambio								
	Nombre posterior al cambio								
Cambio de domicilio	Domicilio anterior al cambio								
	Domicilio posterior al cambio								
Cambio de 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:							

* Por favor adjunte documentos con los que se pueda comprobar el contenido del cambio y un documento que certifique la identidad del solicitante.

* Esta declaración está destinada para solicitar servicios de cuidado de la salud, y el procedimiento en municipalidad de emisión de la libreta de víctima de bomba atómica, debe llevarse a cabo por separado.

Solicitud del pago de subsidio (Para la solicitud después de la muerte)

1. Anote los datos de la víctima de la bomba atómica solicitante.

Número de la notificación para certificar el derecho al subsidio				—				
Nombre		Fecha de nacimiento: (Día/Mes/Año)			Sexo Hombre/Mujer			
País de residencia								
Domicilio								

2. Por favor describa el solicitante.

Nombre		Relación con la víctima de la bomba atómica	
Domicilio			
Teléfono	(Escriba desde el código del país)		
Fax/Correo Electrónico	(Puede escribir también la información de contacto de un familiar)		
Cuenta de depósitos *1	Nombre de la institución bancaria		
	Nombre de la oficina principal/sucursal		
	Dirección de la oficina principal/ sucursal		
	Número de cuenta		
	Titular de la cuenta		
	Código IBAN *2		
Importe de solicitud	En moneda local	(Unidad)	

El solicitante debe asegurarse de adjuntar un documento que certifique ser el heredero del sobreviviente de la bomba atómica que ha fallecido.

*1 Sobre la cuenta de depósitos

- Adjunte un documento con el cual se pueda confirmar la cuenta como una copia de la libreta de depósitos.
- El titular de la cuenta para el pago debe ser el solicitante mismo

*2 El código IBAN deben escribirlo solamente aquellos cuyo domicilio esté en América del Sur o en Europa.

Conforme a lo escrito en la parte superior, adjunto los documentos con el fin de ser otorgado del pago del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica del año 2023 respecto del fallecido/a _____.

Si por casualidad, tras la recepción se produjese un litigio relacionado con el Subsidio para costes de asistencia médica, juro que no voy a hacer responsable al gobernador de la Prefectura de Hiroshima y que yo asumiré todas las responsabilidades.

Fecha: _____ Año _____ Mes _____ Día _____

Nombre del solicitante

***La correspondiente columna de firma debe ser firmada por el propio solicitante.**

Al gobernador de la prefectura de Hiroshima

Notificación de la muerte

Año Mes Día

Al gobernador de la prefectura de Hiroshima

Notifico la muerte como se detalla a continuación, adjuntando los documentos relacionados.

Nombre		Relación con la víctima de la bomba atómica	
País de Residencia			
Domicilio			
Teléfono	(Escriba desde el código del país)		

Persona fallecida	Número de la notificación para certificar el derecho al subsidio			—					
	Nombre								
	Domicilio en el momento de la muerte								
	Fecha de la muerte								

- * Adjunte un documento (Certificado de Defunción expedido por organismos públicos u hospitales) con el cual se pueda confirmar la fecha de la muerte.
- * Se ruega devolver la notificación para certificar el derecho al subsidio.
- * Esta declaración está destinada para solicitar servicios de cuidado de la salud, y el procedimiento en municipalidad de emisión de la libreta de víctima de bomba atómica, debe llevarse a cabo por separado.

Trámite de Solicitud de Subsidio para Gastos de Atención Médica según la Ley (Trámite para casos en que se supera los 300.000 yenes, etc.)

◆ Presente los documentos del 1 al 12 (del 6 al 12 solo las personas que se encuadren)

Columna de chequeo	Nº	Documentos a presentar
<input type="checkbox"/>	1	Formulario de Solicitud de Subsidio para Gastos de Asistencia Médica y Enfermedades Generales y Solicitud de Confirmación de Ser Objeto de la Recepción del Subsidio (Formulario Nº 10)
<input type="checkbox"/>	2	Documentos para verificar la cuenta bancaria donde se hará el depósito (una copia de libreta de banco, cheque, etc.)
<input type="checkbox"/>	3	Documentos tal como las facturas de las primas de seguros para verificar los siguientes 4 ítems <ul style="list-style-type: none"> • Importe pagado • Nombre y apellido de la persona que recibió el tratamiento médico (el nombre y apellido que sean propios del solicitante mismo) En el caso de incluirse en el recibo gastos médicos de alguna otra persona, debe subrayarse la cantidad correspondiente al solicitante. <ul style="list-style-type: none"> • Nombre, dirección, número de teléfono de la institución • Fecha del pago *2 En función de la necesidad, adjuntar los siguientes documentos: <ul style="list-style-type: none"> • Si compra el medicamento a la farmacia por la prescripción de un médico: la prescripción • Si ha recibido un beneficio de un seguro privada seguro: certificado del beneficio del seguro, etc.
<input type="checkbox"/>	4	Informe médico con el nombre de la enfermedad y detalles del tratamiento, etc.
<input type="checkbox"/>	5	Una copia de libreta de salud de víctima de la bomba atómica

Por favor, si es necesario presente los siguientes documentos.

<input type="checkbox"/>	6	Una copia del certificado de enfermedad por bomba atómica * <u>Enviar</u> solamente si está recibiendo un subsidio médico especial.
<input type="checkbox"/>	7	Documentos de verificación de identidad * Aquellos que no reciban ningún tipo de subsidio (subsidio de gestión de salud, subsidio de salud, subsidio medico especial y subsidios especiales) deben presentar uno de los siguientes documentos. - Registro familiar entero o parcial, documento certificado por notario público, - Permiso de residencia, certificado de residencia, etc.(Documentos emitidos en dentro de 1 mes antes del día de la solicitud)
<input type="checkbox"/>	8	Notificación de cambio de datos (Formulario Nº 11) * <u>Enviar</u> solamente si hay un cambio de dirección, etc.
<input type="checkbox"/>	9	Solicitud de pago (solicitud tras el fallecimiento) (Formulario Nº 12) ※ Envíe el Nº 9 en vez del Nº 1
<input type="checkbox"/>	10	Registro de defunciones (Formulario Nº 13) * Adjunte documento (Certificado de Defunción expedido por organismos públicos u hospitales) con lo cual se puede verificar la fecha del fallecimiento.
<input type="checkbox"/>	11	Documento que certifique la relación de parentesco o existencia del derecho a herencia de bienes
<input type="checkbox"/>	12	Documentos para verificar la cuenta bancaria del beneficiario donde se realizará el depósito (La cuenta bancaria debe estar sin falta con el nombre del solicitante después del fallecimiento) * Por favor, solicitamos que presente los documentos del No. 9 al 12, sólo en caso de que el familiar solicite los gastos de asistencia médica de la víctima de la bomba atómica fallecida.

◆Período de presentación de solicitudes, etc.

Las solicitudes se examinarán y pagarán por orden de recepción.

Sin embargo, con el fin de calcular el costo de un tratamiento similar en Japón, se necesita una cantidad considerable de tiempo para su revisión. Por ese motivo, tenga en cuenta que se requerirá un cierto período de tiempo hasta el pago.

[Lugares donde se presentan los documentos para la solicitud del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica según la Ley]

Sección del pago de subsidio para asistencias médicas a las víctimas de la bomba atómica que residen en el extranjero (*Zaigai Hibakusha Hokeniryō Josei Jigyō Tanto Gakari*)
Asociación de Salud Pública de Japón (*Nihon Koshu Eisei Kyokai*)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokio 160-0022, Japón

Teléfono +81-3-3352-4285
Fax +81-3-3352-4605
E-mail zaigai@jpha.or.jp



Sección del pago de subsidio para asistencias médicas a las víctimas de la bomba atómica que residen en el extranjero (*Zaigai Hibakusha Hokeniryō Josei Jigyō Tanto Gakari*)
Asociación de Salud Pública de Japón (*Nihon Koshu Eisei Kyokai*)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokio 160-0022, Japón

Teléfono +81-3-3352-4285
Fax +81-3-3352-4605
E-mail zaigai@jpha.or.jp



Sección del pago de subsidio para asistencias médicas a las víctimas de la bomba atómica que residen en el extranjero (*Zaigai Hibakusha Hokeniryō Josei Jigyō Tanto Gakari*)
Asociación de Salud Pública de Japón (*Nihon Koshu Eisei Kyokai*)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokio 160-0022, Japón

Teléfono +81-3-3352-4285
Fax +81-3-3352-4605
E-mail zaigai@jpha.or.jp



Sección del pago de subsidio para asistencias médicas a las víctimas de la bomba atómica que residen en el extranjero (*Zaigai Hibakusha Hokeniryō Josei Jigyō Tanto Gakari*)
Asociación de Salud Pública de Japón (*Nihon Koshu Eisei Kyokai*)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokio 160-0022, Japón

Teléfono +81-3-3352-4285
Fax +81-3-3352-4605
E-mail zaigai@jpha.or.jp



Por favor, corte por la línea de puntos y utilícelo como etiqueta en el momento del envío.

En caso de preverse que se harán varias solicitudes, copie y use el formulario de la página 3 al 6 (no importa que el color del papel sea blanco), o solicite la Asociación Japonesa de Salud Pública que le envíe hojas de solicitud adicionales.

Formulario de Solicitud del Subsidio para Gastos Médicos y Gastos Médicos de Enfermedades Generales, y Formulario de Solicitud de Confirmación de Ser Objeto de la Recepción del Subsidio

Número de la notificación para certificar el derecho al subsidio		—						
(Si esta es su primera solicitud y no tiene el número de notificación de confirmación de ser objeto de la recepción del subsidio, escriba uno de los siguientes números y adjunte una copia del mismo.)								
No. de Libreta de Víctima de la Bomba Atómica (No. de Beneficiario de Cobertura de Atención Médica por Fondos Públicos)		—						
No. de Confirmación de la Situación al Momento de Sufrir la Bomba Atómica (o Documento de Confirmación de Víctima de la Bomba Atómica)								
En Katakana		Fecha de nacimiento: (Día/Mes/Año)						
Nombre								
País de residencia						Sexo		
						Hombre/Mujer		
Domicilio								
Teléfono	(Escriba desde el código del país)							
Fax/Correo electrónico	(Puede escribir también la información de contacto de un familiar)							
Cuenta de Depósitos *1	Nombre de la institución bancaria							
	Nombre de la oficina principal/ sucursal							
	Dirección de la oficina principal/ sucursal							
	Número de cuenta							
	Titular de la cuenta							
	Código IBAN *2							
Su enfermedad está reconocida como causada por los efectos de la bomba atómica.			Sí	/	No			
Recibe algún subsidio en el momento de solicitud. *3			Sí	/	No			
Importe de solicitud	En moneda local		(Unidad)					

*1 Sobre la cuenta de depósitos

- Adjunte un documento con el cual se pueda confirmar la cuenta como una copia de la libreta de depósitos.

- El titular de la cuenta para el pago debe ser el solicitante mismo.

*2 El código IBAN deben escribirlo solamente aquellos cuyo domicilio esté en América del Sur o en Europa.

*3 Si usted recibe el subsidio de control de salud, el subsidio de salud, el subsidio especial de asistencia médica o el subsidio especial en el momento de esta solicitud, marque "Sí" con un círculo (O).

Como se ha mencionado arriba, de conformidad con lo dispuesto en la Ley de Ayuda a las Víctimas de la Bomba Atómica Artículo 17 (Artículo 18), adjunto los documentos pertinentes para solicitar el pago de los gastos médicos (gastos médicos de enfermedades generales). Asimismo, delego el recibo de los gastos médicos (gastos médicos de enfermedades generales) a la Asociación Japonesa de la Salud Pública.

Fecha: / / (Día/ Mes/Año)

Nombre del solicitante

*La correspondiente columna de firma debe ser firmada por el propio solicitante.

(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

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

Día: Mes: Año:

Al Señor Gobernador de la Prefectura de Hiroshima

Domicilio (posterior al cambio) _____
Nombre (posterior al cambio) _____

***La correspondiente columna de firma debe ser firmada por el propio solicitante.**

Por favor, incluya sólo los elementos que han sido cambiados.

Número de la notificación para certificar el derecho al subsidio				—				
Cambio de nombre	Nombre anterior al cambio							
	Nombre posterior al cambio							
Cambio de domicilio	Domicilio anterior al cambio							
	Domicilio posterior al cambio							
Cambio de 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:						

* Por favor adjunte documentos con los que se pueda comprobar el contenido del cambio y un documento que certifique la identidad del solicitante.

* Esta declaración está destinada a la solicitud de subsidio para “gastos médicos (gastos médicos generales)”, y el procedimiento en municipalidad de emisión de la libreta de víctima de bomba atómica, debe llevarse a cabo por separado.

Solicitud del pago de subsidio (Para la solicitud después de la muerte)

1. Anote los datos de la víctima de la bomba atómica solicitante.

Número de la notificación para certificar el derecho al subsidio			-				
Nombre		Fecha de nacimiento: (Día/Mes/Año)			Sexo		
País de residencia	Hombre/Mujer						
Domicilio							

2. Por favor describa el solicitante.

Nombre		Relación con la víctima de la bomba atómica	
Domicilio			
Teléfono	(Escriba desde el código del país)		
Fax/Correo electrónico	(Puede escribir también la información de contacto de un familiar)		
Cuenta de depósitos *1	Nombre de la institución bancaria		
	Nombre de la oficina principal/sucursal		
	Dirección de la oficina principal/ sucursal		
	Número de cuenta		
	Titular de la cuenta		
	Código IBAN *2		
Importe de solicitud	En moneda local	(Unidad)	

El solicitante debe asegurarse de adjuntar un documento que certifique ser el heredero del sobreviviente de la bomba atómica que ha fallecido.

*1 Sobre la cuenta de depósitos

- Adjunte un documento con el cual se pueda confirmar la cuenta como una copia de la libreta de depósitos.

- El titular de la cuenta para el pago debe ser el solicitante mismo

*2 El código IBAN deben escribirlo aquellos cuyo domicilio esté en América del Sur o en Europa.

En base a lo descrito anteriormente, adjunto los documentos relacionados con el fallecido/a _____ con el fin de solicitar la recepción del pago de los gastos médicos (gastos médicos generales) según lo dispuesto por Artículo 17 (Artículo 18) de la Ley de Apoyo a las Víctimas de la Bomba Atómica. Asimismo, delego la recepción del pago de los gastos médicos (gastos médicos generales) en la Asociación de Salud Pública de Japón.

Si por casualidad, tras la recepción se produjese un litigio relacionado con el pago de dichos gastos médicos, juro que no voy a hacer responsable al gobernador de la Prefectura de Hiroshima y que yo asumiré todas las responsabilidades.

Fecha: _____ Año _____ Mes _____ Día _____

Nombre del solicitante: _____

***La correspondiente columna de firma debe ser firmada por el propio solicitante.**

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

Nombre 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 gobernador de la prefectura de Hiroshima

Notificación de la muerte

Año Mes Día

Al gobernador de la prefectura de Hiroshima

Notifico la muerte como se detalla a continuación, adjuntando los documentos relacionados.

Nombre		Relación con la víctima de la bomba atómica	
País de Residencia			
Domicilio			
Teléfono	(Escriba desde el código del país)		

Persona fallecida	Número de la notificación para certificar el derecho al subsidio			-					
	Nombre								
	Domicilio en el momento de la muerte								
	Fecha de la muerte								

- * Adjunte un documento (Certificado de Defunción expedido por organismos públicos u hospitales) con el cual se pueda confirmar la fecha de la muerte.
- * Se ruega devolver la notificación para certificar el derecho al subsidio.
- * Esta declaración está destinada a la solicitud de subsidio para “gastos médicos (gastos médicos generales)”, y el procedimiento en municipalidad de emisión de la libreta de víctima de bomba atómica, debe llevarse a cabo por separado.