

Procedimento de Inscrição na Programa de Assistência Médica às Vítimas da Bomba Atômica Residentes no Exterior

Aqueles que receberam o subsídio médico através deste programa entre os anos fiscais de 2004 até 2013, e pagaram despesas médicas que excederam o valor máximo, podem solicitar o subsídio adicional da seguinte forma:

Aqueles que residem na América do Sul em especial, e escolheram o prêmio de seguros privados de saúde ao invés do auxílio de despesas médicas, não recebem o subsídio adicional. Entretanto, é possível solicitar o subsídio adicional caso as despesas médicas anuais que foram pagas tenham excedido o valor máximo. Até então, não havia nenhum método para os casos que excedessem o limite máximo. Mesmo após 2014, o valor do seguro de saúde privado continuará sendo até o valor máximo. Não será admitida duplicidade na solicitação do subsídio, isto é, não será concedido subsídio ao prêmio de seguro e às despesas médicas ao mesmo tempo, então, ao efetuar a solicitação daqui em diante, favor verificar com atenção ambos os contextos e escolher o que for mais adequado.

1. Favor apresentar os seguintes documentos de (1) a (5).

(1) Formulário de solicitação (modelos 1 e 2)

Favor preencher os dados requeridos das páginas 3 e 4.

(Obs.) Em relação aos valores máximos de cada ano, favor consultar o campo de referência da última página.

(2) Detalhamento do conteúdo do tratamento médico de cada ano (Modelos de No3 a No7)

Apresente as páginas de 5 a 14 à instituição de saúde onde foi realizado o tratamento, e solicite a descrição, anualmente, dos detalhes de pagamento e do conteúdo do tratamento, todas as vezes que for internado, passar por consulta normal e consulta odontológica, de cada ano. A análise será efetuada a partir dos dados preenchidos. Além disso, caso obtenha o certificado de vítima da bomba atômica e receba tratamento médico por isso, comunique à instituição de saúde o nome da doença pela qual foi certificado e apresente os modelos

6 ou 7. Favor preencher sobre as demais doenças separadamente.

(Obs.1) Quanto à entrega, favor apresentar o conjunto de documentos de cada ano.

(Obs.2) Quanto ao certificado de doença causada pelo efeitos da bomba Atômica, verifique sua doença certificado no link abaixo como referência.

Inglês: <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/genbaku04/dl/english.pdf>

Português: <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/genbaku04/dl/portuguese.pdf>

(3) Comprovante de pagamento do prêmio do seguro.

Caso haja necessidade de reembolso das despesas provenientes de tratamento médico, tais como seguro público, favor anexar os documentos que comprovem esse valor.

(Obs.1) Será desnecessário, caso esteja discriminado no detalhamento do tratamento do item (2) acima.

(Obs.2) Quanto à entrega, favor apresentar o conjunto de documentos de cada ano.

(4) Documentos que permitam verificar a conta corrente a ser depositada, tais como a cópia da caderneta do banco, entre outros.

(5) Cópia do certificado, caso tenha sido certificado como doença causada pela efeitos de bomba atômica.

2. Enviar ao endereço abaixo os documentos de “(1) a (5) do parágrafo 1º” pelo correio, para que **cheguem, impreterivelmente, até o dia 31 de outubro de 2014 (sexta-feira).**

Além disso, caso os documentos requeridos fiquem prontos, é possível enviá-los separados por ano, efetuando a solicitação dividida em diversas vezes.

Cada ano será analisado e, se como resultado, tenha direito ao subsídio adicional, **o depósito será efetuado até 31 de maio de 2015. Caso haja alguma alteração na conta bancária, favor entrar em contato sem falta até esta data.**

3. Antes de enviar os documentos, utilize a lista de checagem de documentos da página 18, e verifique se os documentos

estão completos para a solicitação.

Local de envio do formulário:

〒160-0022

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

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

Associação de Saúde Pública do Japão

CONTATO

Associação de saúde pública do Japão (Hosoda)

Telefone	+81-3-3352-4281
Fax	+81-3-3352-4605
Email	zaigai@jpha.or.jp

Formulário de requerimento do subsídio

Número do comunicado da confirmação de beneficiário do programa						-				
Kana			Data de nascimento:			Sexo				
Nome			Ano	Mês	Dia	M • F				
País de residência										
Endereço										
Telefone	(Colocar o DDI)									
FAX/E-mail										
Conta Corrente para depósito	Nome do banco									
	Nome da agência (*1)									
	End. Agência (*2)									
	Número da conta corrente (*3)									
	Nome do titular da conta (*4)									
Certificado de vítima da bomba atômica (*5)			sim	•	não					
Recebimento de auxílio no momento desta solicitação (*6)			sim	•	não					
Valor solicitado	Moeda local	(unidade) (*não preencher)								
	lene	Equivalente em		ienes (*não preencher)						

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

*2 Certifique-se do 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 Caso possua o certificado de doenças causadas pelos efeitos de bomba atômica na época da solicitação, assinale "Sim" com um O (círculo).

*6 Caso seja beneficiário do auxílio de controle da saúde, do auxílio 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 O (círculo).

Solicito, conforme disposto acima, a concessão do subsídio do seguro saúde referente aos anos de 2004 a 2013. Envio em anexo toda a documentação relativa à solicitação.

Data: Ano ____ Mês _____ Dia _____

Nome do solicitante: _____ Carimbo
(ou assinatura)

(Caso a solicitação seja efetuada por um 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.

Detalhamento do requerimento de pagamento por ano

Ano do requerimento	Valor usado para despesas médicas (1)	Valor do benefício do seguro (2)	Valor pago pelo paciente (3) ((1) - (2))	Observação
2004				
2005				
2006				
2007				
2008				
2009				
2010				
2011				
2012				
2013				
Total				

- (Obs.1) Para preencher o campo “Valor usado para despesas médicas”, favor apresentar para a instituição de saúde o modelo anexo, solicitando o preenchimento do detalhamento do tratamento e dos valores de despesas médicas., e coloque o valor total anual.
- (Obs.2) Caso tenha recebido prêmios do seguro referentes ao tratamento médico, solicite a emissão do atestado à seguradora e preencha o valor recebido pela seguradora no campo “Valor do benefício do seguro”.
- (Obs.3) No campo “Valor pago pelo paciente”, subtraia o valor do prêmio do seguro do valor das despesas médicas e preencha o resultado.
- (Obs.4) Favor preencher o valor em moeda local.

Este Formulário deve ser preenchido pela instituição médica.

CONSULTA

- (1) Este modelo é usado para solicitação na sistema de subsídios do Japão (subsídio médico para as vítimas de bomba atômica).
- (2) O médico responsável deve preencher este modelo com o detalhe do tratamento oferecido à paciente, e assinar. (Há possibilidade de entrarmos em contato).
- (3) Este modelo é destinado à CONSULTA. Em princípio, deve ser preenchido um formulário para cada ano (2004 até 2013).
 - * Em princípio, o preenchimento deve ser feito do ano inteiro, de janeiro a dezembro (2004 será qualificado de outubro à dezembro).
 - * No caso de internação, favor preencher o modelo destinado à INTERNAÇÃO.
 - * Favor preencher este modelo específico quando o paciente requisitar o preenchimento do detalhes da consulta sobre a doença causado pelos efeitos de bomba atômica.
 - * Pode ser aceito modelo arbitrário, desde que contenha os mesmos requisitos deste, mas é imprescindível preencher os campos de discriminação do recibo e assina-lo.
- (4) *No item de n° 9 "Outros", favor preencher os detalhes que não se aplica aos itens de 1 à 8.

(Ref. ao ano de _____) DETALHAMENTO DO TRATAMENTO MÉDICO

Nome do paciente		Data de Nascimento		Sexo	
Principais doenças	(1)	N° da classificação internacional de doenças (ICD10)			
	(2)	N° da classificação internacional de doenças (ICD10)			
	(3)	N° da classificação internacional de doenças (ICD10)			
Visão geral do tratamento	(1)				
	(2)				
	(3)				

Detalhes do tratamento				
1. Consulta				
	Principais doenças	Período do tratamento		Dias
(1)		20 / / - 20 / /		
(2)		20 / / - 20 / /		
(3)		20 / / - 20 / /		
	Número total anual de dias de tratamento	((1) - (3))		dias
2. Medicação	Medicamento usado	Método usado	Dose	N° total de dias de medicação
<input type="checkbox"/> Sim	_____	_____	_____	_____ dias
<input type="checkbox"/> Não	_____	_____	_____	_____ dias
	_____	_____	_____	_____ dias
	_____	_____	_____	_____ dias
3. Injeção				
<input type="checkbox"/> Subcutânea · Intra-muscular	<input type="checkbox"/> Intravenosa	<input type="checkbox"/> Soro		
Medicamento usado: _____		Dosagem: _____		Total de dias aplicados: _____ dias
<input type="checkbox"/> Subcutânea · Intra-muscular	<input type="checkbox"/> Intravenosa	<input type="checkbox"/> Soro		
Medicamento usado: _____		Dosagem: _____		Total de dias aplicados: _____ dias
<input type="checkbox"/> Subcutânea · Intra-muscular	<input type="checkbox"/> Intravenosa	<input type="checkbox"/> Soro		
Medicamento usado: _____		Dosagem: _____		Total de dias aplicados: _____ dias
4. Exames				
<input type="checkbox"/> Urina	Detalhes do exame	Medicamento usado	Dosagem (anual)	Número de vezes (anual)
<input type="checkbox"/> Sangue	_____	_____	_____	_____ vezes
<input type="checkbox"/> Eletrocardiograma	_____	_____	_____	_____ vezes
<input type="checkbox"/> Ultrassonografia	_____	_____	_____	_____ vezes
<input type="checkbox"/> Outros exames	_____	_____	_____	_____ vezes
	_____	_____	_____	_____ vezes

Detalhes do tratamento					
5. Fisioterapia		Frequência anual		_____ vezes	
6. Radiologia		Região	Medicamento usado	Dosagem (anual)	Número de vezes (anual)
<input type="checkbox"/> Raio X	<input type="checkbox"/> Tomografia Computadorizada	_____	_____	_____	_____ vezes
<input type="checkbox"/> Raio X	<input type="checkbox"/> Tomografia Computadorizada	_____	_____	_____	_____ vezes
<input type="checkbox"/> Raio X	<input type="checkbox"/> Tomografia Computadorizada	_____	_____	_____	_____ vezes
<input type="checkbox"/> Raio X	<input type="checkbox"/> Tomografia Computadorizada	_____	_____	_____	_____ vezes
7. Cirurgia (No caso de internação, favor preencher outro formulário)					
Detalhes da cirurgia (Escreva um resumo)					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> _____ _____ _____ _____ </div>					
Despesa de técnica cirúrgica		Outras despesas	Despesa total		
_____		_____	_____		
8. Outros tratamentos (No caso de internação, favor preencher outro formulário)					
Detalhes do tratamento (Escreva um resumo)					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> _____ _____ _____ _____ </div>					
Despesa do tratamento		Despesas de material	Outras despesas	Despesa total	
_____		_____	_____	_____	
*9. Outros					
<input type="checkbox"/> Despesa de atestado médico		_____			
<input type="checkbox"/> Total de outras despesas		_____ =>		Detalhes principal [_____]	

RECIBO DISCRIMINADO

	Coberto pelo seguro	Descoberto pelo seguro	TOTAL
Despesa médica	(1)	(2)	(3)
Despesa coberta pelo seguro público	(4)	(5) _____	(6)
Despesas pagas pelo paciente	(7)	(8)	(9)
Valor total do recibo	(10)		
Observações	(11)		

- * Das despesas médicas detalhadas acima, favor preencher no campo (1) a despesa médica que foi atribuída ao seguro público.
- * Das despesas médicas detalhadas acima, favor preencher no campo (2) a despesa médica que não foi atribuída ao seguro público.
- * Favor preencher o valor pago pelo seguro público no campo (4).
- * Dentre as despesas médicas atribuídas ao seguro público, favor preencher no campo (7) o valor que compete ao paciente.
- * Dentre as despesas médicas que não são atribuídas ao seguro público, favor preencher no campo (8) o valor que compete ao paciente.
- * Favor preencher no campo (10) o valor que foi cobrado pela instituição médica e pago pelo paciente.
- * Caso o valor dos campos (2) e (8) ou (9) e (10) não correspondam, favor descrever o motivo no campo (11).

Nome e endereço do médico responsável.

Nome da instituição médica: _____

Número do prontuário: _____

Nome: Sobrenome _____ Nome _____

Cargo: _____

Endereço: Hospital ou clínica _____

Telefone: _____

Data: _____

Assinatura: _____

Este Formulário deve ser preenchido pela instituição médica.

INTERNAÇÃO (clínica geral/odontológica)

- (1) Este modelo é usado para solicitação no sistema de subsídios do Japão (subsídio médico para as vítimas de bomba atômica).
- (2) O médico responsável deve preencher este modelo com os detalhes do tratamento oferecido à paciente, e assinar. (Há possibilidade de entrarmos em contato).
- (3) Este modelo é destinado à **INTERNAÇÃO**. Em princípio, deve ser preenchido **um formulário para cada ano (2004 até 2013)**.
 * Em princípio, o preenchimento deve ser feito do ano inteiro, de **janeiro a dezembro**, (2004 será qualificado de outubro à dezembro).
 * No caso de consultas, favor preencher o formulário destinado à CONSULTA.
 * Favor preencher o modelo específico quando o paciente requisitar o preenchimento do detalhes da consulta sobre a doença causado pelos efeitos de bomba atômica.
 * Pode ser aceito modelo arbitrário, desde que contenha os mesmos requisitos deste, mas é imprescindível preencher os campos de discriminação do recibo e assina-lo.
- (4) "No item de n° 9 "Outros", favor preencher os detalhes que não se aplica aos itens de 1 à 8.

(Ref. ao ano de _____) DETALHAMENTO DO TRATAMENTO MÉDICO

Nome do paciente		Data de Nascimento		Sexo
Principais doenças que resultaram em internação (1)		N° da classificação internacional de doenças (ICD10)		
(2)		N° da classificação internacional de doenças (ICD10)		
Visão geral do tratamento (1)				
(2)				

Detalhes do tratamento				
1. Internação				
Principais doenças que resultaram em internação		Período de internação (Neste modelo, é possível preencher até 2 internações.)		Dias
(1)		20 / / - 20 / /		
(2)		20 / / - 20 / /		
2. Medicação				
	Medicamento usado	Método usado	Dose	Número total de dias de medicação
<input type="checkbox"/> Sim	_____	_____	_____	_____ dias
<input type="checkbox"/> Não	_____	_____	_____	_____ dias
	_____	_____	_____	_____ dias
	_____	_____	_____	_____ dias
3. Injeção				
<input type="checkbox"/>	Subcutânea - Intra-muscular	<input type="checkbox"/> Intravenosa	<input type="checkbox"/> Soro	
	Medicamento usado: _____	Dosagem: _____	Total de dias aplicados: _____	_____ dias
<input type="checkbox"/>	Subcutânea - Intra-muscular	<input type="checkbox"/> Intravenosa	<input type="checkbox"/> Soro	
	Medicamento usado: _____	Dosagem: _____	Total de dias aplicados: _____	_____ dias
<input type="checkbox"/>	Subcutânea - Intra-muscular	<input type="checkbox"/> Intravenosa	<input type="checkbox"/> Soro	
	Medicamento usado: _____	Dosagem: _____	Total de dias aplicados: _____	_____ dias
<input type="checkbox"/>	Subcutânea - Intra-muscular	<input type="checkbox"/> Intravenosa	<input type="checkbox"/> Soro	
	Medicamento usado: _____	Dosagem: _____	Total de dias aplicados: _____	_____ dias
4. Exames				
<input type="checkbox"/>	Urina	Detalhes do exame	Medicamento usado	Dosagem (anual)
<input type="checkbox"/>	Sangue	_____	_____	_____ vezes
<input type="checkbox"/>	Electrocardiograma	_____	_____	_____ vezes
<input type="checkbox"/>	Ultrassonografia	_____	_____	_____ vezes
<input type="checkbox"/>	Outros exames	_____	_____	_____ vezes
5. Fisioterapia				
			Frequência anual	_____ vezes
6. Radiologia				
<input type="checkbox"/>	Raio X	Tomografia Computadorizada	Medicamento usado	Dosagem (anual)
<input type="checkbox"/>	Raio X	Tomografia Computadorizada	_____	_____ vezes
<input type="checkbox"/>	Raio X	Tomografia Computadorizada	_____	_____ vezes
<input type="checkbox"/>	Raio X	Tomografia Computadorizada	_____	_____ vezes

Detalhes do tratamento								
7. Cirurgia								
(1) Detalhes da cirurgia (Escreva um resumo)								
<table border="1" style="width:100%; height: 40px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>								
(2) Detalhes da cirurgia (Escreva um resumo)								
<table border="1" style="width:100%; height: 40px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>								
	Despesa técnica cirúrgica	Despesa de gerenciamento de internação	Despesas de enfermagem	Despesas alimentares				
(1)				Despesa total				
(2)								
8. Outros tratamentos								
(1) Detalhes do tratamento (Escreva um resumo)								
<table border="1" style="width:100%; height: 40px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>								
(2) Detalhes do tratamento (Escreva um resumo)								
<table border="1" style="width:100%; height: 40px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>								
	Despesa do tratamento	Despesas de material	Outras despesas	Despesa total				
(1)								
(2)								
9. Outros								
<input type="checkbox"/> Despesa de atestado médico _____ <input type="checkbox"/> Total de outras despesas _____ => Detalhes principal								

RECIBO DISCRIMINADO

	Coberto pelo seguro	Descoberto pelo seguro	TOTAL
Despesa médica	(1)	(2)	(3)
Despesa coberta pelo seguro público	(4)	(5)	(6)
Despesas pagas pelo paciente	(7)	(8)	(9)
Valor total do recibo	(10)		
Observações	(11)		

- * Das despesas médicas detalhadas acima, favor preencher no campo (1) a despesa médica que é atribuída ao seguro público.
- * Das despesas médicas detalhadas acima, favor preencher no campo (2) a despesa médica que não é atribuída ao seguro público.
- * Favor preencher no campo (4) o valor pago pelo seguro público.
- * Favor preencher no campo (7) o valor que compete ao paciente da despesa médica atribuída ao seguro público.
- * Favor preencher no campo (8) o valor que compete ao paciente da despesa médica não atribuída ao seguro público.
- * Favor preencher no campo (10) o valor pago pelo paciente, que foi cobrado pela instituição médica.
- * Caso o valor dos campos (2) e (8) ou (9) e (10) não correspondam, favor descrever o motivo no campo (11).

Nome e endereço do médico responsável.

Nome da instituição _____	Número do prontuário: _____
médica: _____	
Nome: <u>Sobrenome</u> _____ <u>Nome</u> _____	Cargo: _____
Endereço: <u>Hospital ou clínica</u> _____	Telefone: _____
Data: _____	Assinatura: _____

Este Formulário deve ser preenchido pela instituição médica.

(1) Este modelo é usado para solicitação na sistema de subsídios do Japão (subsídio médico para as vítimas de bomba atômica).

ODONTOLOGIA

(2) O médico responsável deve preencher este modelo com os detalhes do tratamento oferecido à paciente, e assinar. (Há possibilidade de entrarmos em contato).

(3) Este modelo é para ODONTOLOGIA. Em princípio, deve ser preenchido um formulário para cada ano (2004 até 2013).

* Em princípio, o preenchimento deve ser feito do ano inteiro, de janeiro a dezembro. (2004 será qualificado de outubro à dezembro).

* No caso de internação, favor preencher o formulário destinado à INTERNAÇÃO.

* Pode ser aceito modelo arbitrário, desde que contenha os mesmos requisitos deste, mas é imprescindível preencher os campos de discriminação do recibo e assina-lo.

(4) *No item de n° 14. Outros, favor preencher os detalhes que não se aplica aos itens de 1 ao 13.

(Ref. ao ano de _____) DETALHAMENTO DO TRATAMENTO MÉDICO

Nome do paciente		Data de nascimento		Sexo													
Numeração da arcada dentária																	
Dentes definitivos																	
	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16	
Direita	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	Esquerda
	#32	#31	#30	#29	#28	#27	#26	#25	#24	#23	#22	#21	#20	#19	#18	#17	
Detalhes do tratamento			Numeração da arcada dentária			Valor gasto em um ano											
1. Consulta																	
Data da primeira consulta			_____														
Número real de dias de tratamento			_____														
Encargos de diagnóstico 1			_____														
Encargos de diagnóstico 2			_____			_____											
2. Radiologia																	
Interproximal			_____			_____											
Periapical			_____			_____											
Panorama			_____			_____											
3. Medicamentos																	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																	
Medicamento 1			_____														
Medicamento 2			_____														
Medicamento 3			_____			_____											
4. Remoção da placa bacteriana																	
Aplicação de medicamento			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não														
Nome do medicamento			_____			_____											
5. Periodontia																	
Raspagem do bolso periodontal			_____			_____											
Cirurgia periodontal			_____			_____											
6. Extração dentária																	
Outras cirurgias			_____			_____											
7. Copeamento pulpar																	
Pulpotomia			_____			_____											
Pulpectomia			_____			_____											
			1			_____											
			2			_____											
			3			_____											
Canal			_____			_____											

Detalhe do tratamento	Numeração da arcada dentária	Valor
8. Restauração		
Amalgama de prata	1	_____
	2	_____
	3	_____
Resina	1	_____
	2	_____
	3	_____
9. Incrustação, implante		_____
10. Base metálica da coroa		_____
Metalcore		_____
Outros _____		_____
11. Coroa		_____
Porcelana, ouro		_____
Ligas de metal		_____
Outros _____		_____
12. Pontes		_____
Dente pilar		_____
Pônticos		_____
13. Dentaduras		_____
Concerto da dentadura		_____
*14. Outros (Especificar, caso não se enquadre nos itens acima)		_____
_____		_____
_____		_____
_____		_____
_____		_____
Atestado médico		_____

RECIBO DISCRIMINADO

	Coberto pelo seguro	Descoberto pelo seguro	TOTAL
Despesa médica	(1)	(2)	(3)
Despesa coberta pelo seguro público	(4)	(5) _____	(6)
Despesas pagas pelo paciente	(7)	(8)	(9)
Valor total do recibo	(10)		
Observações	(11)		

* Das despesas médicas detalhadas acima, favor preencher] no campo (1) a despesa médica que atribuída ao seguro público.

* Das despesas médicas detalhadas acima, favor preencher no campo (2) a despesa médica que não foi atribuída ao seguro público.

* Favor preencher no campo (4) o valor pago pelo seguro público.

* Favor preencher no campo (7) o valor que compete ao paciente da despesa médica atribuída ao seguro público.

* Favor preencher no campo (8) o valor que compete ao paciente da despesa médica não atribuída ao seguro público.

* Favor preencher no campo (10) o valor pago pelo paciente, que foi cobrado pela instituição médica.

* Caso o valor dos campos (2) e (8) ou (9) e (10) não correspondam, favor descrever o motivo no campo (11).

Nome e endereço do médico responsável.

Nome da instituição médica: _____

Número do prontuário: _____

Nome: Sobrenome _____ Nome _____

Cargo: _____

Endereço: Hospital ou clínica _____

Telefone: _____

Data: _____ Assinatura: _____

Este Formulário deve ser preenchido pela instituição de saúde.

Certificação de doença causado pelos efeitos de bomba atômica(consulta)

(1) Este modelo é usado para solicitação na sistema de subsídios do Japão (subsídio médico para as vítimas de bomba atômica).

(2) Este modelo é para a certificação de doença causado pelos efeitos de bomba atômica (CONSULTA). Em princípio, deve ser preenchido um formulário para cada ano (2013).

* Favor preencher este modelo quando o paciente requisitar o preenchimento do detalhes da consulta sobre a doença causado pelos efeitos de bomba atômica.

* No caso de internação, favor preencher o formulário Certificação de doença causado pelos efeitos de bomba atômica (INTERNAÇÃO).

* Para atendimentos médicos, exceto no caso da certificação de doenças causadas pelos efeitos de bomba atômica, favor preencher os modelos diferenciados para internação e para consulta.

* Em princípio, o preenchimento deve ser feito do ano inteiro, de janeiro a dezembro. (2004 será qualificado de outubro a dezembro).

* Pode ser aceito modelo arbitrário, desde que contenha os mesmos requisitos deste, mas é imprescindível preencher os campos de discriminação do recibo e a

(3) O médico responsável deve preencher este modelo com o detalhes do tratamento oferecido à paciente, e assinar. (Há possibilidade de entrarmos em contato).

(4) *No item de n° 9. Outros, favor preencher os detalhes que não se aplica aos itens de 1 à 8.

(Ref. ao ano de _____) DETALHAMENTO DO TRATAMENTO MÉDICO

Nome do paciente		Data de Nascimento		Sexo	
Principais doenças	(1)	N° da classificação internacional de doenças (ICD10)			
	(2)	N° da classificação internacional de doenças (ICD10)			
	(3)	N° da classificação internacional de doenças (ICD10)			
Visão geral do tratamento	(1)				
	(2)				
	(3)				

Detalhes do tratamento				
1. Consulta				
	Principais doenças	Período do tratamento		Dias
(1)		20 / / - 20 / /		
(2)		20 / / - 20 / /		
(3)		20 / / - 20 / /		
Número total anual de dias de tratamento ((1) - (3)) _____ dias				
2. Medicação				
<input type="checkbox"/> Sim	Medicamento usado	Método usado	Dose	Número total de dias de medicação
	_____	_____	_____	_____ dias
<input type="checkbox"/> Não	_____	_____	_____	_____ dias
	_____	_____	_____	_____ dias
3. Injeção				
<input type="checkbox"/> Subcutânea · Intra-muscular	<input type="checkbox"/> Intravenosa	<input type="checkbox"/> Soro		
Medicamento usado: _____	_____	Dosagem: _____	Total de dias aplicados: _____	dias
<input type="checkbox"/> Subcutânea · Intra-muscular	<input type="checkbox"/> Intravenosa	<input type="checkbox"/> Soro		
Medicamento usado: _____	_____	Dosagem: _____	Total de dias aplicados: _____	dias
<input type="checkbox"/> Subcutânea · Intra-muscular	<input type="checkbox"/> Intravenosa	<input type="checkbox"/> Soro		
Medicamento usado: _____	_____	Dosagem: _____	Total de dias aplicados: _____	dias
4. Exames				
	Detalhe do exame	Medicamento usado	Dosagem (anual)	Número de vezes (anual)
<input type="checkbox"/> Urina	_____	_____	_____	_____ vezes
<input type="checkbox"/> Sangue	_____	_____	_____	_____ vezes
<input type="checkbox"/> Eletrocardiograma	_____	_____	_____	_____ vezes
<input type="checkbox"/> Ultrassonografia	_____	_____	_____	_____ vezes
<input type="checkbox"/> Outros exames	_____	_____	_____	_____ vezes
	_____	_____	_____	_____ vezes

Detalhes do tratamento					
5. Fisioterapia					
Frequência anual _____					vezes
6. Exame de raio X					
	Região	Medicamento usado	Dosagem (anual)	Número de vezes (annual)	
<input type="checkbox"/> Raio X	<input type="checkbox"/> Tomografia Computadorizada	_____	_____	_____	vezes
<input type="checkbox"/> Raio X	<input type="checkbox"/> Tomografia Computadorizada	_____	_____	_____	vezes
<input type="checkbox"/> Raio X	<input type="checkbox"/> Tomografia Computadorizada	_____	_____	_____	vezes
<input type="checkbox"/> Raio X	<input type="checkbox"/> Tomografia Computadorizada	_____	_____	_____	vezes
7. Cirurgia (No caso de internação, favor preencher outro formulário)					
Detalhes da cirurgia (Escreva um resumo)					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> _____ _____ _____ _____ </div>					
Despesa técnica cirúrgica		Outras despesas	Despesa total		
8. Outros tratamentos (No caso de internação, favor preencher outro formulário)					
Detalhes do tratamento (Escreva um resumo)					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> _____ _____ _____ _____ </div>					
Despesa do tratamento		Despesas de material	Outras despesas	Despesa total	
*9. Outros					
<input type="checkbox"/> Despesa de atestado médico _____					
<input type="checkbox"/> Total de outras despesas _____ → Detalhes principal					

RECIBO DISCRIMINADO

	Coberto pelo seguro	Descoberto pelo seguro	TOTAL
Despesa médica	(1)	(2)	(3)
Despesa coberta pelo seguro público	(4)	(5)	(6)
Despesas pagas pelo paciente	(7)	(8)	(9)
Valor total do recibo	(10)		
Observações	(11)		

- * Das despesas médicas detalhadas acima, favor preencher no campo (1) a despesa médica que atribuída ao seguro público.
- * Das despesas médicas detalhadas acima, favor preencher no campo (2) a despesa médica que não é atribuída ao seguro público.
- * Favor preencher no campo (4) o valor pago pelo seguro público.
- * Favor preencher no campo (7) o valor que compete ao paciente da despesa médica atribuída ao seguro público.
- * Favor preencher no campo (8) o valor que compete ao paciente da despesa médica não atribuída ao seguro público.
- * Favor preencher no campo (10) o valor pago pelo paciente, que foi cobrado pela instituição médica.
- * Caso o valor dos campos (2) e (8) ou (9) e (10) não correspondam, favor descrever o motivo no campo (11).

Nome e endereço do médico responsável.

Nome da instituição médica: _____ **Número do prontuário:** _____
Nome: Sobrenome _____ **Nome** _____ **Cargo:** _____
Endereço: Hospital ou clínica _____ **Telefone:** _____
Data: _____ **Assinatura:** _____

Este Formulário deve ser preenchido pela instituição médica.

Certificação de doença causado pelos efeitos de bomba atômica(internação)

- (1) Este modelo é usado para solicitação na sistema de subsídios do Japão (subsídio médico para as vítimas de bomba atômica).
- (2) Este modelo é para a certificação de doença causado pelos efeitos de bomba atômica (INTERNAÇÃO). Em princípio, deve ser preenchido um formulário para cada ano (2004 até 2013).
- * Favor preencher este modelo quando o paciente requisitar o preenchimento do detalhes da consulta sobre a doença causado pelos efeitos de bomba atômica.
 - * No caso de consulta, favor preencher o formulário Certificação de doença causado pelos efeitos de bomba atômica (CONSULTA).
 - * Para atendimentos médicos, exceto no caso da certificação de doenças causadas pela bomba atômica, favor preencher os modelos diferenciados para internação e para consulta.
 - * Em princípio, o preenchimento deve ser feito do ano inteiro, de janeiro a dezembro. (2004 será qualificado de outubro à dezembro).
 - * Pode ser aceito modelo arbitrário, desde que contenha os mesmos requisitos deste, mas é imprescindível preencher os campos de discriminação do recibo e assina-lo.
- (3) O médico responsável deve preencher este modelo com o detalhes do tratamento oferecido à paciente, e assinar. (Há possibilidade de entrarmos em contato).
- (4) *No item de n° 9. Outros, favor preencher os detalhes que não se aplica aos itens de 1 à 8.

(Ref. ao ano de _____) DETALHAMENTO DO TRATAMENTO MÉDICO

Nome do paciente		Data de Nascimento		Sexo	
Principais doenças que resultaram em internação	(1)	N° da classificação internacional de doenças (ICD10)			
	(2)	N° da classificação internacional de doenças (ICD10)			
Visão geral do tratamento	(1)				
	(2)				

Detalhes do tratamento					
1. Internação					
Principais doenças que resultaram em internação		Período de internação (Neste modelo é possível preencher até 2 internações.)			Dias
(1)		20 / / - 20 / /			
(2)		20 / / - 20 / /			
2. Medicação		Medicamento usado	Método usado	Dose	Número total de dias de medicação
<input type="checkbox"/> Sim		_____	_____	_____	_____ dias
<input type="checkbox"/> Não		_____	_____	_____	_____ dias
3. Injeção					
<input type="checkbox"/> Subcutânea - Intra-muscular	<input type="checkbox"/> Intravenosa	<input type="checkbox"/> Soro			
Medicamento usado:			Dosagem:	Total de dias aplicados:	_____ dias
<input type="checkbox"/> Subcutânea - Intra-muscular	<input type="checkbox"/> Intravenosa	<input type="checkbox"/> Soro			
Medicamento usado:			Dosagem:	Total de dias aplicados:	_____ dias
<input type="checkbox"/> Subcutânea - Intra-muscular	<input type="checkbox"/> Intravenosa	<input type="checkbox"/> Soro			
Medicamento usado:			Dosagem:	Total de dias aplicados:	_____ dias
<input type="checkbox"/> Subcutânea - Intra-muscular	<input type="checkbox"/> Intravenosa	<input type="checkbox"/> Soro			
Medicamento usado:			Dosagem:	Total de dias aplicados:	_____ dias
4. Exames					
Detalhes do exame	Medicamento usado	Dosagem (anual)	Número de vezes (anual)		
<input type="checkbox"/> Urina	_____	_____	_____ vezes		
<input type="checkbox"/> Sangue	_____	_____	_____ vezes		
<input type="checkbox"/> Eletrocardiograma	_____	_____	_____ vezes		
<input type="checkbox"/> Ultrassonografia	_____	_____	_____ vezes		
<input type="checkbox"/> Outros exames	_____	_____	_____ vezes		
5. Fisioterapia					
	Frequência anual				_____ vezes
6. Exame de raio X					
Região	Medicamento usado	Dosagem (anual)	Número de vezes (anual)		
<input type="checkbox"/> Raio X	<input type="checkbox"/> Tomografia Computadorizada	_____	_____ vezes		
<input type="checkbox"/> Raio X	<input type="checkbox"/> Tomografia Computadorizada	_____	_____ vezes		
<input type="checkbox"/> Raio X	<input type="checkbox"/> Tomografia Computadorizada	_____	_____ vezes		
<input type="checkbox"/> Raio X	<input type="checkbox"/> Tomografia Computadorizada	_____	_____ vezes		

Certidão de óbito

Ano _____ Mês _____ Dia _____

Ao Exmo. Sr. Governador da Província de _____

Notifico o óbito conforme abaixo, anexando os documentos relacionados.

(Kana)		Relação com o beneficiário falecido	
Nome			
País de residência			
Endereço			
Telefone	(Colocar o DDI)		

Falecido	Número do comunicado de confirmação de beneficiário do programa				-					
	Kana									
	Nome									
	Endereço no momento do óbito									
	Data do óbito									

* Anexar documentos para verificação da data do óbito.

* Devolver o comunicado de confirmação de beneficiário do programa.

(JIS-A4)

Formulário de solicitação do subsídio (requerimento pós-óbito)

(kana)		Relação com o beneficiário falecido	
Nome			
País de residência			
Endereço			
Telefone	(Colocar o DDI)		
Conta Corrente para depósito	Nome do banco		
	Nome da agência		
	End. agência		
	Número da conta corrente		
	Nome do titular da conta		
Valor solicitado	Moeda local	(unidade) (* não preencher)	
	lenc	Equivalente em	lenc (* não preencher)

Falecido	Número do comunicado de confirmação de beneficiário do programa				-					
	Nome									
	Endereço no momento do óbito									
	Data do óbito									

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

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

* O solicitante deve anexar um documento que comprove ser herdeiro do beneficiário do programa.

Solicito, conforme disposto acima, a concessão de subsídio às despesas médicas relacionadas ao falecido(a) _____ referente ao ano _____.

Envio em anexo a documentação relativa à solicitação.

Caso haja conflito no valor do subsídio dos cuidados de saúde em questão após o recebimento, me comprometo a assumir total responsabilidade, não responsabilizando o Governador da província de _____ .

Data: Ano _____ Mês _____ Dia _____

Nome do solicitante: _____ Carimbo
(ou assinatura)

Ao Exmo. Sr. Governador da Província de _____.

(JIS-A4)
Modelo N°10

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

_____ Ano _____ Mês _____ Dia

Ao Exmo. Sr. Governador da Província de _____

Endereço (após alteração):

Nome (após alteração):

Carimbo
(Assinatura)

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

Número do comunicado de confirmação de beneficiário do programa				-					
Alteração do nome	Kana								
	Nome antigo								
	Kana								
	Nome novo								
Alteração de endereço	Endereço antigo								
	Endereço novo								
Alteração de telefone	Telefone antigo	(Colocar DDI)							
	Telefone novo	(Colocar DDI)							
Data da alteração		_____ Ano _____ Mês _____ Dia							

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

(JIS-A4)

Lista de checagem da documentação

* Antes de apresentar os documentos, utilize a lista abaixo para verificar se a documentação está completa.

Coluna de checagem	Documento para envio
<input type="checkbox"/>	Formulário de solicitação de subsídio (Modelo N° 1)
<input type="checkbox"/>	Detalhamento anual do requerimento (Modelo N° 2)
<input type="checkbox"/>	Detalhamento de conteúdo do tratamento médico de cada ano (Modelos N° 3 a N° 7) * Favor organizar separando por ano.
<input type="checkbox"/>	Comprovante de pagamento do prêmio do seguro *1 Favor organizar separando por ano. *2 Não é necessário entrega-lo caso não haja outro pagamento além do valor pago pelo seguro descrito no detalhamento de conteúdo do tratamento médico.
<input type="checkbox"/>	Documento que permita verificar a conta corrente para depósito
<input type="checkbox"/>	Cópia do certificado de doença causada pelos efeitos de bomba atômica, caso possua

(Referências)

1. Valor máximo de cada ano.

(Unidade: lene)

Ano	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Normal	32.500	130.000	130.000	130.000	145.000	153.000	161.000	171.000	176.000	179000
Especial (mais de 4 dias de internação)	35.500	142.000	142.000	142.000	157.000	165.000	172.000	183.000	187.000	191.000

2. Doenças certificadas como causadas pelos efeitos de bomba atômica

É possível receber o certificado do Ministério da Saúde, Trabalho e Previdência Social com relação às doenças e ferimentos causados pela radiação de bomba atômica. As principais doenças certificadas tendo como causa a radiação de bomba atômica são:

(1) Tumor maligno (2) Leucemia (3) Hiperparatireoidismo, entre outras.