

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

Las víctimas de la bomba atómica residentes en el extranjero que recibieron el subsidio para las asistencias médicas entre el año 2004 y el año 2013 pueden recibir el subsidio adicional de acuerdo con el procedimiento descrito a continuación siempre y cuando hayan cargado con el importe que excediera el límite superior del subsidio de cada año.

1. Se ruega presentar los 5 siguientes documentos.

(1) Solicitud del pago (Formularios 1 y 2)

Llene los formularios presentados en las páginas 3 y 4.

(Nota) Sobre el límite superior del subsidio de cada año véase la referencia citada en la última página.

(2) Detalles de las asistencias médicas de cada año (Formularios 3 a 7)

Presente los formularios de las páginas 5 a 14 a las instituciones médicas donde usted ha recibido asistencias médicas y pida que describan los detalles de las asistencias y los gastos médicos pagados, etc. de cada año sobre la hospitalización, la consulta ambulatoria y la odontología respectivamente. De acuerdo con los detalles descritos en los formularios se realizará el análisis. En caso de que haya recibido asistencias médicas por una enfermedad reconocida como causada por los efectos de la bomba atómica, notifique a las instituciones médicas el nombre de dicha enfermedad y presénteles el formulario 6 ó 7 para que describan los detalles separadamente de otras enfermedades.

(Nota 1) Cuando presente los formularios, hágalo agrupando los formularios por años.

(Nota 2) Sobre las enfermedades reconocidas como causadas por los efectos de la bomba atómica, véase los siguientes sitios web.

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

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

(3) Certificados de las prestaciones del seguro, etc.

En caso de que haya recibido prestaciones que se debieran deducir de los gastos médicos tales como prestaciones del seguro público, adjunte los documentos con los cuales se puedan confirmar el importe.

(Nota 1) En caso de que el importe esté descrito en los detalles de las asistencias médicas mencionados en el punto (2), no es necesario presentar documentos.

(Nota 2) Cuando presente los documentos, hágalo agrupando los documentos por años

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

(5) En caso de que se le haya reconocido la enfermedad como causada por los efectos de la bomba atómica, una copia del certificado de reconocimiento.

**2. Envíe los “documentos (1) a (5) indicados en el apartado 1” por correo a la dirección señalada abajo de manera que lleguen a su destino sin falta antes del viernes 31 de octubre del año 2014.**

Es posible realizar la solicitud del subsidio adicional varias veces según los años cada vez que estén completos los documentos necesarios correspondientes a cada año.

En caso de que se decidan pagar subsidios adicionales después de realizarse el análisis por años, **la transferencia del importe correspondiente se realizará a más tardar el 31 de marzo del año 2015. Si cambia la cuenta de depósitos, comuníquese sin falta los datos de una nueva cuenta antes de esa fecha.**

3. Antes de enviar los documentos por correo, verifique con la lista de chequeo de los documentos a presentar citada en la página 18 que todos los documentos necesarios para la solicitud están completos.

[Dirección para enviar los documentos de solicitud]

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

**Información de contacto**

**Asociación de Salud Pública de Japón**

**Encargado: Hosoda**

**Teléfono: +81-3-3352-4281**

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

**Correo electrónico: [zaigai@jpha.or.jp](mailto:zaigai@jpha.or.jp)**

## Solicitud del pago de subsidio

Número de la notificación para certificar el derecho al subsidio				-						
En Katakana		Fecha de nacimiento: (Día/Mes/Año)				Sexo				
Nombre						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 su enfermedad está reconocida como causada por los efectos de la bomba atómica o no. (*5)		Sí			/			No		
Si recibe algún subsidio en el momento de la solicitud o no. (*6)		Sí			/			No		
Importe de la solicitud	En moneda local		(Unidad) (*No llene.)							
	En yenes japoneses		Equivalentes a			yenes (*No llene.)				

\*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 de depósitos para el pago debe ser el solicitante mismo.

\*5 Si la enfermedad que usted sufre está reconocida como causada por los efectos de la bomba atómica en el momento de esta solicitud, marque un círculo (○) en el "Sí".

\*6 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 adicional para las asistencias médicas correspondientes a los años 2004 a 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 la información necesaria que nos permita ponernos en contacto con el apoderado sin falta.

Al señor gobernador de la prefectura de \_\_\_\_\_

## Detalles de la solicitud del pago de subsidio por años

Año	Importe requerido para las asistencias médicas (1)	Prestaciones por seguros, etc. (2)	Importe equivalente al cargo personal (3): ((1) - (2))	Nota
2004				
2005				
2006				
2007				
2008				
2009				
2010				
2011				
2012				
2013				
Total				

(Nota 1) En el espacio del “Importe requerido para las asistencias médicas” escriba el importe total requerido para las asistencias médicas de cada año de acuerdo con los detalles del tratamiento y los gastos médicos pagados, etc. del formulario adjuntado llenado por las instituciones médicas correspondientes.

(Nota 2) En caso de que haya recibido prestaciones del seguro, etc. al recibir asistencias médicas, pida a la aseguradora que emita el certificado y escriba en el espacio de las “Prestaciones del seguro, etc.” el importe de las prestaciones certificadas.

(Nota 3) En el espacio del “Importe equivalente al cargo personal” escriba el importe resultante de deducir las prestaciones del seguro, etc. del importe requerido para las asistencias médicas.

(Nota 4) Escriba el importe en moneda local del país de residencia.

Se ruega pedir a la institución médica que llene este formulario.

**Consulta ambulatoria**

- (1) Este formulario se utiliza para solicitar el pago de subsidio de Japón (subsidio para los gastos médicos de las víctimas de la bomba atómica).
- (2) Se ruega que el médico responsable del paciente describa en este formulario las asistencias médicas que el paciente recibió y firmé. (Es posible que se le pida más información.)
- (3) Este formulario es sobre la consulta ambulatoria. En principio, llene un formulario por cada año (del año 2004 al año 2013).
- \* En principio, describa las asistencias médicas brindadas durante un año (de enero a diciembre) (En cuanto al año 2004 describa las asistencias entre octubre y diciembre.)
- \* En caso de que el paciente haya sido hospitalizado, utilice el formulario para la hospitalización.
- \* Cuando el paciente pida la descripción de las asistencias médicas para la enfermedad reconocida como causada por los efectos de la bomba atómica, utilice otro formulario exclusivo para tal caso.
- \* Se podrá aceptar cualquier otro formulario siempre y cuando cuente con los mismos ítems que este formulario. Sin embargo, llene sin falta el recibo detallado adjuntado y firme.
- (4) \*En el punto "9. Otros" describa el contenido que no corresponda a los puntos 1 a 8.

(Año \_\_\_\_\_) Detalles de las asistencias médicas

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento		Sexo	
Principal enfermedad o lesión	(1)	Código internacional de enfermedades (CIE10)			
	(2)	Código internacional de enfermedades (CIE10)			
	(3)	Código internacional de enfermedades (CIE10)			
Resumen del tratamiento	(1)				
	(2)				
	(3)				

Detalles de las asistencias médicas				
<b>1. Consulta ambulatoria</b>				
	Principal enfermedad o lesión	Período durante el cual el paciente recibió asistencias médicas		Días
(1)		20 / / ~ 20 / /		
(2)		20 / / ~ 20 / /		
(3)		20 / / ~ 20 / /		
Número total de días por año ((1) ~ (3))				_____ días
<b>2. Medicación</b>	Medicamento utilizado	Manera de usar	Dosis aplicada	Número total de días de medicación
<input type="checkbox"/> Hay	_____	_____	_____	_____ días
	_____	_____	_____	_____ días
<input type="checkbox"/> No hay	_____	_____	_____	_____ días
	_____	_____	_____	_____ días
<b>3. Inyección</b>				
<input type="checkbox"/> Subcutánea/Intramuscular	<input type="checkbox"/> Intravenosa	<input type="checkbox"/> Infusión		
Medicamento: _____	Cantidad aplicada: _____	Número total de días de inyección: _____ días		
<input type="checkbox"/> Subcutánea/Intramuscular	<input type="checkbox"/> Intravenosa	<input type="checkbox"/> Infusión		
Medicamento: _____	Cantidad aplicada: _____	Número total de días de inyección: _____ días		
<input type="checkbox"/> Subcutánea/Intramuscular	<input type="checkbox"/> Intravenosa	<input type="checkbox"/> Infusión		
Medicamento: _____	Cantidad aplicada: _____	Número total de días de inyección: _____ días		
<b>4. Examen</b>	Detalles del examen	Medicamento utilizado	Dosis aplicada (anual)	Número de veces (anual)
<input type="checkbox"/> Orina	_____	_____	_____	_____ veces
<input type="checkbox"/> Sangre	_____	_____	_____	_____ veces
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma	_____	_____	_____	_____ veces
<input type="checkbox"/> Ecografía	_____	_____	_____	_____ veces
<input type="checkbox"/> Otros exámenes	_____	_____	_____	_____ veces
	_____	_____	_____	_____ veces

Detalles de las asistencias médicas				
5. Fisioterapia				
Número de veces por año				_____ veces
6. Rayos X				
	Zona	Medicamento utilizado	Dosis aplicada (anual)	Número de veces (anual)
<input type="checkbox"/> Radiografía	<input type="checkbox"/> TC	_____	_____	_____ veces
<input type="checkbox"/> Radiografía	<input type="checkbox"/> TC	_____	_____	_____ veces
<input type="checkbox"/> Radiografía	<input type="checkbox"/> TC	_____	_____	_____ veces
<input type="checkbox"/> Radiografía	<input type="checkbox"/> TC	_____	_____	_____ veces
7. Operación (En caso de hospitalización, llene otro formulario)				
Detalles de la operación (Describa el resumen)				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           _____            _____            _____            _____         </div>				
Costo de operación		Otros costos	Costo total	
8. Otro tratamiento (En caso de hospitalización, llene otro formulario)				
Detalles del tratamiento (Describa el resumen)				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           _____            _____            _____            _____         </div>				
Costo del tratamiento		Costo de materiales	Otros costos	Costo total
*9. Otros				
<input type="checkbox"/> Costo de elaboración de certificados médicos		_____		
<input type="checkbox"/> Total de otros costos		_____ ⇒ Contenido principal		

### Recibo detallado

	Objeto de la aplicación del seguro	Fuera de la aplicación del seguro	Total
Gastos médicos	(1)	(2)	(3)
Importe cubierto por el seguro público	(4)	(5) _____	(6)
Importe a cargo del paciente	(7)	(8)	(9)
Total del importe recibido	(10)		
Notas	(11)		

\*En el espacio (1) escriba los gastos médicos que son objeto del seguro público entre los correspondientes a las asistencias médicas arriba descritas.

\*En el espacio (2) escriba los gastos médicos que no son objeto del seguro público entre los correspondientes a las asistencias médicas arriba descritas.

\*En el espacio (4) escriba el importe cubierto por el seguro público.

\*En el espacio (7) escriba el importe a cargo del paciente entre los gastos médicos objeto del seguro público.

\*En el espacio (8) escriba el importe a cargo del paciente entre los gastos médicos no objeto del seguro público.

\*En el espacio (10) escriba el importe que la institución médica le haya cobrado al paciente y recibido.

\*En caso de que el importe de (2) no coincida con el importe de (8) o que el importe de (9) no coincida con el importe de (10), escriba la razón en el espacio (11).

### Nombre y dirección del médico responsable del paciente

Institución médica: \_\_\_\_\_ Número de registro médico: \_\_\_\_\_

Nombre: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Dirección: Hospital o consultorio \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Se ruega pedir a la institución médica que llene este formulario.

Hospitalización (Medicina/Odontología)

- (1) Este formulario se utiliza para solicitar el pago de subsidio de Japón (subsidio para los gastos médicos de las víctimas de la bomba atómica).
- (2) Se ruega que el médico responsable del paciente describa en este formulario las asistencias médicas que el paciente recibió y firme. (Es posible que se le pida más información.)
- (3) Este formulario es sobre la hospitalización. En principio, llene un formulario por cada año (del año 2004 al año 2013).
- \* En principio, describa las asistencias médicas brindadas durante un año (de enero a diciembre) (En cuanto al año 2004 describa las asistencias entre octubre y diciembre.)
- \* En cuanto a la consulta ambulatoria utilice el formulario para la consulta ambulatoria.
- \* Cuando el paciente pida la descripción de las asistencias médicas para la enfermedad reconocida como causada por los efectos de la bomba atómica, utilice otro formulario exclusivo para tal caso.
- \* Se podrá aceptar cualquier otro formulario siempre y cuando cuente con los mismos ítems que este formulario. Sin embargo, llene sin falta el recibo detallado adjuntado y firme.
- (4) \*En el punto "9. Otros" describa el contenido que no corresponda a los puntos 1 a 8.

(Año \_\_\_\_\_) Detalles de las asistencias médicas

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento		Sexo	
Principal enfermedad o lesión causante de la hospitalización	(1)	Código internacional de enfermedades (CIE10)			
	(2)	Código internacional de enfermedades (CIE10)			
Resumen del tratamiento	(1)				
	(2)				

Detalles de las asistencias médicas				
<b>1. Hospitalización</b>				
Principal enfermedad o lesión causante de la hospitalización	Período de hospitalización (Se puede anotar en este formulario hasta 2 hospitalizaciones.)			Días
(1)	20	/	/	~ 20 / /
(2)	20	/	/	~ 20 / /
<b>2. Medicación</b>	Medicamento utilizado	Manera de usar	Dosis aplicada	Número total de días de medicación
<input type="checkbox"/> Hay	_____	_____	_____	_____ días
<input type="checkbox"/> No hay	_____	_____	_____	_____ días
<input type="checkbox"/> Hay	_____	_____	_____	_____ días
<input type="checkbox"/> No hay	_____	_____	_____	_____ días
<b>3. Inyección</b>				
<input type="checkbox"/> Subcutánea/Intramuscular	<input type="checkbox"/> Intravenosa	<input type="checkbox"/> Infusión		
Medicamento: _____	Cantidad aplicada: _____	Número total de días de inyección: _____	días	
<input type="checkbox"/> Subcutánea/Intramuscular	<input type="checkbox"/> Intravenosa	<input type="checkbox"/> Infusión		
Medicamento: _____	Cantidad aplicada: _____	Número total de días de inyección: _____	días	
<input type="checkbox"/> Subcutánea/Intramuscular	<input type="checkbox"/> Intravenosa	<input type="checkbox"/> Infusión		
Medicamento: _____	Cantidad aplicada: _____	Número total de días de inyección: _____	días	
<input type="checkbox"/> Subcutánea/Intramuscular	<input type="checkbox"/> Intravenosa	<input type="checkbox"/> Infusión		
Medicamento: _____	Cantidad aplicada: _____	Número total de días de inyección: _____	días	
<b>4. Examen</b>	Detalles del examen	Medicamento utilizado	Dosis aplicada (anual)	Número de veces (anual)
<input type="checkbox"/> Orina	_____	_____	_____	_____ veces
<input type="checkbox"/> Sangre	_____	_____	_____	_____ veces
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma	_____	_____	_____	_____ veces
<input type="checkbox"/> Ecografía	_____	_____	_____	_____ veces
<input type="checkbox"/> Otros exámenes	_____	_____	_____	_____ veces
<b>5. Fisioterapia</b>	Número de veces por año			_____ veces
<b>6. Rayos X</b>	Zona	Medicamento utilizado	Dosis aplicada (anual)	Número de veces (anual)
<input type="checkbox"/> Radiografía	<input type="checkbox"/> TC	_____	_____	_____ veces
<input type="checkbox"/> Radiografía	<input type="checkbox"/> TC	_____	_____	_____ veces
<input type="checkbox"/> Radiografía	<input type="checkbox"/> TC	_____	_____	_____ veces
<input type="checkbox"/> Radiografía	<input type="checkbox"/> TC	_____	_____	_____ veces

Detalles de las asistencias médicas					
<b>7. Operación</b>					
(1) Detalles de la operación (Describa el resumen)					
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>					
(2) Detalles de la operación (Describa el resumen)					
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>					
	Costo de operación	Costo de hospitalización	Costo de enfermería	Costo de alimentación	Costo total
(1)					
(2)					
<b>8. Otro tratamiento</b>					
(1) Detalles del tratamiento (Describa el resumen)					
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>					
(2) Detalles del tratamiento (Describa el resumen)					
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>					
	Costo del tratamiento	Costo de materiales	Otros costos	Costo total	
(1)					
(2)					
<b>*9. Otros</b>					
<input type="checkbox"/> Costo de elaboración de certificados médicos _____					
<input type="checkbox"/> Total de otros costos _____ ⇒ Contenido principal					

### Recibo detallado

	Objeto de la aplicación del seguro	Fuera de la aplicación del seguro	Total
Gastos médicos	(1)	(2)	(3)
Importe cubierto por el seguro público	(4)	(5)	(6)
Importe a cargo del paciente	(7)	(8)	(9)
Total del importe recibido	(10)		
Notas	(11)		

\*En el espacio (1) escriba los gastos médicos que son objeto del seguro público entre los correspondientes a las asistencias médicas arriba descritas.

\*En el espacio (2) escriba los gastos médicos que no son objeto del seguro público entre los correspondientes a las asistencias médicas arriba descritas.

\*En el espacio (4) escriba el importe cubierto por el seguro público.

\*En el espacio (7) escriba el importe a cargo del paciente entre los gastos médicos objeto del seguro público.

\*En el espacio (8) escriba el importe a cargo del paciente entre los gastos médicos no objeto del seguro público.

\*En el espacio (10) escriba el importe que la institución médica le haya cobrado al paciente y recibido.

\*En caso de que el importe de (2) no coincida con el importe de (8) o que el importe de (9) no coincida con el importe de (10), escriba la razón en el espacio (11).

### Nombre y dirección del médico responsable del paciente

Institución médica: \_\_\_\_\_ Número de registro médico: \_\_\_\_\_

Nombre: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Dirección: Hospital o consultorio \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Se ruega pedir a la institución médica que llene este formulario.

**Odontología**

- (1) Este formulario se utiliza para solicitar el pago de subsidio de Japón (subsidio para los gastos médicos de las víctimas de la bomba atómica).
- (2) Se ruega que el médico responsable del paciente describa en este formulario las asistencias médicas que el paciente recibió y firme. (Es posible que se le pida más información.)
- (3) Este formulario es sobre odontología. En principio, llene un formulario por cada año (del año 2004 al año 2013).
- \* En principio, describa las asistencias médicas brindadas durante un año (de enero a diciembre) (En cuanto al año 2004 describa las asistencias entre octubre y diciembre.)
- \* En caso de que el paciente haya sido hospitalizado, utilice el formulario para la hospitalización.
- \* Se podrá aceptar cualquier otro formulario siempre y cuando cuente con los mismos ítems que este formulario. Sin embargo, llene sin falta el recibo detallado adjuntado y firme.
- (4) \*En el punto "14. Otros" describa el contenido que no corresponda a los puntos 1 a 13.

(Año \_\_\_\_\_) Detalles de las asistencias médicas de la odontología

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento		Sexo	
---------------------	--	---------------------	--	------	--

Fórmula dental																	
Dientes definitivos																	
	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16	
Derecha	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	Izquierda
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
	#32	#31	#30	#29	#28	#27	#26	#25	#24	#23	#22	#21	#20	#19	#18	#17	

Detalles de las asistencias médicas	Fórmula dental	Tarifa facturada durante 1 año
<b>1. Consulta</b> Fecha de primera consulta _____ Número de días actuales de consulta _____ Costo de diagnóstico y control 1 _____ Costo de diagnóstico y control 2 _____		_____
<b>2. Radiografía</b> Aleta de mordida _____ Estándar _____ Panorámica _____		_____ _____ _____
<b>3. Medicación</b> <input type="checkbox"/> Hay <input type="checkbox"/> No hay Medicamento 1 _____ Medicamento 2 _____ Medicamento 3 _____		_____
<b>4. Remoción de placa dental</b> Aplicación de un medicamento <input type="checkbox"/> Hay <input type="checkbox"/> No hay Nombre del medicamento _____		_____
<b>5. Raspado y alisado radicular</b> Curetaje dental _____ Cirugía periodontal _____		_____ _____
<b>6. Extracción de dientes</b> Otro tipo de cirugía _____		_____ _____
<b>7. Recubrimiento pulpar</b> Amputación pulpar _____ Tratamiento de conductos radiculares 1 _____ 2 _____ 3 _____ Conducto radicular _____		_____ _____ _____ _____ _____

Detalles de las asistencias médicas	Fórmula dental	Tarifa
8. Relleno Amalgama                    1 2 3 Resina                         1 2 3		_____ _____ _____ _____ _____
9. Inlay/Onlay		_____
10. Construcción del pilar con relleno Núcleo metálico Otro                    _____		_____ _____ _____
11. Corona Porcelana/Oro Aleación de plata Otro                    _____		_____ _____ _____
12. Puente Pilar Póntico		_____ _____
13. Dientes postizos Reparación de dientes postizos		_____ _____
*14. Otros (Si hay otros ítems, descríbalos aquí.)  _____ _____ _____ _____ Certificado médico		_____ _____ _____ _____ _____

### Recibo detallado

	Objeto de la aplicación del seguro	Fuera de la aplicación del seguro	Total
Gastos médicos	(1)	(2)	(3)
Importe cubierto por el seguro público	(4)	(5) _____	(6)
Importe a cargo del paciente	(7)	(8)	(9)
Total del importe recibido	(10)		
Notas	(11)		

\*En el espacio (1) escriba los gastos médicos que son objeto del seguro público entre los correspondientes a las asistencias médicas arriba descritas.

\*En el espacio (2) escriba los gastos médicos que no son objeto del seguro público entre los correspondientes a las asistencias médicas arriba descritas.

\*En el espacio (4) escriba el importe cubierto por el seguro público.

\*En el espacio (7) escriba el importe a cargo del paciente entre los gastos médicos objeto del seguro público.

\*En el espacio (8) escriba el importe a cargo del paciente entre los gastos médicos no objeto del seguro público.

\*En el espacio (10) escriba el importe que la institución médica le haya cobrado al paciente y recibido.

\*En caso de que el importe de (2) no coincida con el importe de (8) o que el importe de (9) no coincida con el importe de (10), escriba la razón en el espacio (11).

### Nombre y dirección del médico responsable del paciente

Institución médica: \_\_\_\_\_ Número de registro médico: \_\_\_\_\_

Nombre: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Dirección: Hospital o consultorio \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Se ruega pedir a la institución médica que llene este formulario.

Enfermedad reconocida como causada por los efectos de la bomba atómica (Consulta ambulatoria)

- (1) Este formulario se utiliza para solicitar el pago de subsidio de Japón (subsidio para los gastos médicos de las víctimas de la bomba atómica).
- (2) Este formulario es sobre la enfermedad reconocida como causada por los efectos de la bomba atómica (consulta ambulatoria). En principio, llene un formulario por cada año (del año 2004 al año 2013).
  - \* Cuando el paciente pida la descripción de las asistencias médicas brindadas para la enfermedad reconocida como causada por los efectos de la bomba atómica, utilice este formulario.
  - \* En caso de que el paciente haya sido hospitalizado, utilice el formulario para la enfermedad reconocida como causada por los efectos de la bomba atómica (hospitalización).
  - \* En cuanto a las asistencias médicas para otras enfermedades utilice otros formularios para la consulta ambulatoria y para la hospitalización respectivamente.
  - \* En principio, describa las asistencias médicas brindadas durante un año (de enero a diciembre) (En cuanto al año 2004 describa las asistencias entre octubre y diciembre.)
  - \* Se podrá aceptar cualquier otro formulario siempre y cuando cuente con los mismos ítems que este formulario. Sin embargo, llene sin falta el recibo detallado adjuntado y firme.
- (3) Se ruega que el médico responsable del paciente describa en este formulario las asistencias médicas que el paciente recibió y firmé. (Es posible que se le pida más información.)
- (4) \*En el punto "9. Otros" describa el contenido que no corresponda a los puntos 1 a 8.

(Año \_\_\_\_\_) Detalles de las asistencias médicas

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento		Sexo	
Principal enfermedad o lesión	(1)	Código internacional de enfermedades (CIE10)			
	(2)	Código internacional de enfermedades (CIE10)			
	(3)	Código internacional de enfermedades (CIE10)			
Resumen del tratamiento	(1)				
	(2)				
	(3)				

Detalles de las asistencias médicas				
<b>1. Consulta ambulatoria</b>				
	Principal enfermedad o lesión	Período durante el cual el paciente recibió asistencias médicas		Días
(1)		20 / / ~ 20 / /		
(2)		20 / / ~ 20 / /		
(3)		20 / / ~ 20 / /		
Número total de días por año ((1) ~ (3))				_____ días
<b>2. Medicación</b>	Medicamento utilizado	Manera de usar	Dosis aplicada	Número total de días de medicación
<input type="checkbox"/> Hay	_____	_____	_____	_____ días
<input type="checkbox"/> No hay	_____	_____	_____	_____ días
<input type="checkbox"/> Hay	_____	_____	_____	_____ días
<input type="checkbox"/> No hay	_____	_____	_____	_____ días
<b>3. Inyección</b>				
<input type="checkbox"/> Subcutánea/Intramuscular <input type="checkbox"/> Intravenosa <input type="checkbox"/> Infusión				
Medicamento: _____		Cantidad aplicada: _____	Número total de días de inyección: _____ días	
<input type="checkbox"/> Subcutánea/Intramuscular <input type="checkbox"/> Intravenosa <input type="checkbox"/> Infusión				
Medicamento: _____		Cantidad aplicada: _____	Número total de días de inyección: _____ días	
<input type="checkbox"/> Subcutánea/Intramuscular <input type="checkbox"/> Intravenosa <input type="checkbox"/> Infusión				
Medicamento: _____		Cantidad aplicada: _____	Número total de días de inyección: _____ días	
<b>4. Examen</b>	Detalles del examen	Medicamento utilizado	Dosis aplicada (anual)	Número de veces (anual)
<input type="checkbox"/> Orina	_____	_____	_____	_____ veces
<input type="checkbox"/> Sangre	_____	_____	_____	_____ veces
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma	_____	_____	_____	_____ veces
<input type="checkbox"/> Ecografía	_____	_____	_____	_____ veces
<input type="checkbox"/> Otros exámenes	_____	_____	_____	_____ veces

Detalles de las asistencias médicas				
5. Fisioterapia				
Número de veces por año				_____ veces
6. Rayos X	Zona	Medicamento utilizado	Dosis aplicada (anual)	Número de veces (anual)
<input type="checkbox"/> Radiografía <input type="checkbox"/> TC	_____	_____	_____	_____ veces
<input type="checkbox"/> Radiografía <input type="checkbox"/> TC	_____	_____	_____	_____ veces
<input type="checkbox"/> Radiografía <input type="checkbox"/> TC	_____	_____	_____	_____ veces
<input type="checkbox"/> Radiografía <input type="checkbox"/> TC	_____	_____	_____	_____ veces
7. Operación (En caso de hospitalización, llene otro formulario)				
Detalles de la operación (Describa el resumen)				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           _____            _____            _____            _____         </div>				
Costo de operación		Otros costos	Costo total	
_____		_____	_____	
8. Otro tratamiento (En caso de hospitalización, llene otro formulario)				
Detalles del tratamiento (Describa el resumen)				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           _____            _____            _____            _____         </div>				
Costo del tratamiento		Costo de materiales	Otros costos	Costo total
_____		_____	_____	_____
*9. Otros				
<input type="checkbox"/> Costo de elaboración de certificados médicos _____				
<input type="checkbox"/> Total de otros costos _____ ⇒ Contenido principal <span style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">[ ]</span>				

### Recibo detallado

	Objeto de la aplicación del seguro	Fuera de la aplicación del seguro	Total
Gastos médicos	(1)	(2)	(3)
Importe cubierto por el seguro público	(4)	(5) _____	(6)
Importe a cargo del paciente	(7)	(8)	(9)
Total del importe recibido	(10)		
Notas	(11)		

\*En el espacio (1) escriba los gastos médicos que son objeto del seguro público entre los correspondientes a las asistencias médicas arriba descritas.

\*En el espacio (2) escriba los gastos médicos que no son objeto del seguro público entre los correspondientes a las asistencias médicas arriba descritas.

\*En el espacio (4) escriba el importe cubierto por el seguro público.

\*En el espacio (7) escriba el importe a cargo del paciente entre los gastos médicos objeto del seguro público.

\*En el espacio (8) escriba el importe a cargo del paciente entre los gastos médicos no objeto del seguro público.

\*En el espacio (10) escriba el importe que la institución médica le haya cobrado al paciente y recibido.

\*En caso de que el importe de (2) no coincida con el importe de (8) o que el importe de (9) no coincida con el importe de (10), escriba la razón en el espacio (11).

### Nombre y dirección del médico responsable del paciente

Institución médica: \_\_\_\_\_ Número de registro médico: \_\_\_\_\_

Nombre:    Apellido \_\_\_\_\_    Nombre \_\_\_\_\_    Título: \_\_\_\_\_

Dirección: Hospital o consultorio \_\_\_\_\_    Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_    Firma: \_\_\_\_\_

Se ruega pedir a la institución médica que llene este formulario.

Enfermedad reconocida como causada por los efectos de la bomba atómica (Hospitalización)

- (1) Este formulario se utiliza para solicitar el pago de subsidio de Japón (subsidio para los gastos médicos de las víctimas de la bomba atómica).
- (2) Este formulario es sobre la enfermedad reconocida como causada por los efectos de la bomba atómica (hospitalización). En principio, llene un formulario por cada año (del año 2004 al año 2013).
  - \* En caso de que el paciente pida que describa los detalles de las asistencias médicas brindadas para la enfermedad reconocida como causada por los efectos de la bomba atómica, utilice este formulario.
  - \* En cuanto a la consulta ambulatoria utilice el formulario para la enfermedad reconocida como causada por los efectos de la bomba atómica (consulta ambulatoria).
  - \* En cuanto a las asistencias médicas para otras enfermedades utilice otros formularios para la consulta ambulatoria y para la hospitalización respectivamente.
  - \* En principio, describa las asistencias médicas brindadas durante un año (de enero a diciembre) (En cuanto al año 2004 describa las asistencias entre octubre y diciembre.)
  - \* Se podrá aceptar cualquier otro formulario siempre y cuando cuente con los mismos ítems que este formulario. Sin embargo, llene sin falta el recibo detallado adjuntado y firme.
- (3) Se ruega que el médico responsable del paciente describa en este formulario las asistencias médicas que el paciente recibió y firmé. (Es posible que se le pida más información.)
- (4) \*En el punto "9. Otros" describa el contenido que no corresponda a los puntos 1 a 8.

### (Año \_\_\_\_\_) Detalles de las asistencias médicas

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento		Sexo	
Principal enfermedad o lesión causante de la hospitalización	(1)	Código internacional de enfermedades (CIE10)			
	(2)	Código internacional de enfermedades (CIE10)			
Resumen del tratamiento	(1)				
	(2)				

Detalles de las asistencias médicas					
<b>1. Hospitalización</b>					
Principal enfermedad o lesión causante de la hospitalización	Período de hospitalización (Se puede anotar en este formulario hasta 2 hospitalizaciones.)			Días	
(1)	20 / / ~ 20 / /				
(2)	20 / / ~ 20 / /				
<b>2. Medicación</b>	Medicamento utilizado	Manera de usar	Dosis aplicada	Número total de días de medicación	
<input type="checkbox"/> Hay	_____	_____	_____	_____ días	
<input type="checkbox"/> No hay	_____	_____	_____	_____ días	
<input type="checkbox"/> Hay	_____	_____	_____	_____ días	
<input type="checkbox"/> No hay	_____	_____	_____	_____ días	
<b>3. Inyección</b>					
<input type="checkbox"/> Subcutánea/Intramuscular	<input type="checkbox"/> Intravenosa	<input type="checkbox"/> Infusión			
Medicamento: _____	Cantidad aplicada: _____	Número total de días de inyección: _____ días			
<input type="checkbox"/> Subcutánea/Intramuscular	<input type="checkbox"/> Intravenosa	<input type="checkbox"/> Infusión			
Medicamento: _____	Cantidad aplicada: _____	Número total de días de inyección: _____ días			
<input type="checkbox"/> Subcutánea/Intramuscular	<input type="checkbox"/> Intravenosa	<input type="checkbox"/> Infusión			
Medicamento: _____	Cantidad aplicada: _____	Número total de días de inyección: _____ días			
<input type="checkbox"/> Subcutánea/Intramuscular	<input type="checkbox"/> Intravenosa	<input type="checkbox"/> Infusión			
Medicamento: _____	Cantidad aplicada: _____	Número total de días de inyección: _____ días			
<b>4. Examen</b>	Detalles del examen	Medicamento utilizado	Dosis aplicada (anual)	Número de veces (anual)	
<input type="checkbox"/> Orina	_____	_____	_____	_____ veces	
<input type="checkbox"/> Sangre	_____	_____	_____	_____ veces	
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma	_____	_____	_____	_____ veces	
<input type="checkbox"/> Ecografía	_____	_____	_____	_____ veces	
<input type="checkbox"/> Otros exámenes	_____	_____	_____	_____ veces	
<b>5. Fisioterapia</b>					
			Número de veces por año	_____ veces	
<b>6. Rayos X</b>	Zona	Medicamento utilizado	Dosis aplicada (anual)	Número de veces (anual)	
<input type="checkbox"/> Radiografía	<input type="checkbox"/> TC	_____	_____	_____ veces	
<input type="checkbox"/> Radiografía	<input type="checkbox"/> TC	_____	_____	_____ veces	
<input type="checkbox"/> Radiografía	<input type="checkbox"/> TC	_____	_____	_____ veces	
<input type="checkbox"/> Radiografía	<input type="checkbox"/> TC	_____	_____	_____ veces	

Detalles de las asistencias médicas					
<b>7. Operación</b>					
(1) Detalles de la operación (Describa el resumen)					
_____					
_____					
_____					
(2) Detalles de la operación (Describa el resumen)					
_____					
_____					
_____					
	Costo de operación	Costo de hospitalización	Costo de enfermería	Costo de alimentación	Costo total
(1)					
(2)					
<b>8. Otro tratamiento</b>					
(1) Detalles del tratamiento (Describa el resumen)					
_____					
_____					
_____					
(2) Detalles del tratamiento (Describa el resumen)					
_____					
_____					
_____					
	Costo del tratamiento	Costo de materiales	Otros costos	Costo total	
(1)					
(2)					
<b>*9. Otros</b>					
<input type="checkbox"/> Costo de elaboración de certificados médicos _____					
<input type="checkbox"/> Total de otros costos _____ ⇒ Contenido principal _____					

### Recibo detallado

	Objeto de la aplicación del seguro	Fuera de la aplicación del seguro	Total
Gastos médicos	(1)	(2)	(3)
Importe cubierto por el seguro público	(4)	(5) _____	(6)
Importe a cargo del paciente	(7)	(8)	(9)
Total del importe recibido	(10)		
Notas	(11)		

\*En el espacio (1) escriba los gastos médicos que son objeto del seguro público entre los correspondientes a las asistencias médicas arriba descritas.

\*En el espacio (2) escriba los gastos médicos que no son objeto del seguro público entre los correspondientes a las asistencias médicas arriba descritas.

\*En el espacio (4) escriba el importe cubierto por el seguro público.

\*En el espacio (7) escriba el importe a cargo del paciente entre los gastos médicos objeto del seguro público.

\*En el espacio (8) escriba el importe a cargo del paciente entre los gastos médicos no objeto del seguro público.

\*En el espacio (10) escriba el importe que la institución médica le haya cobrado al paciente y recibido.

\*En caso de que el importe de (2) no coincida con el importe de (8) o que el importe de (9) no coincida con el importe de (10), escriba la razón en el espacio (11).

### Nombre y dirección del médico responsable del paciente

Institución médica: \_\_\_\_\_ Número de registro médico: \_\_\_\_\_

Nombre: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Dirección: Hospital o consultorio \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

## Declaración de defunción

Fecha:     /     /     (Día/ Mes/Año)

Al señor gobernador de la prefectura (ciudad) de \_\_\_\_\_

Se declara la defunción como se detalla a continuación adjuntando los documentos relacionados.

(En Katakana)		Relación con el/la difunto/a objeto del programa de subsidio	
Nombre			
País de residencia			
Domicilio			
Teléfono	(Escriba desde el código del país.)		

Persona difunta	Número de la notificación para certificar el derecho al subsidio			-						
	En Katakana									
	Nombre									
	Domicilio en el momento de defunción									
	Fecha de defunción									

\*Adjunte un documento con el cual se pueda confirmar la fecha de defunción.

\*Devuelva la notificación para certificar el derecho al subsidio.

(Estándares industriales japoneses JIS A4)

## Solicitud del pago de subsidio (Para la solicitud después de la defunción)

(En Katakana)		Relación con el/la difunto/a objeto del programa de subsidio	
Nombre			
País de residencia			
Domicilio			
Teléfono	(Escriba desde el código del país)		
Cuenta de depósitos	Nombre de la institución bancaria		
	Nombre de la oficina principal /sucursal		
	Número de cuenta		
	Titular de la cuenta		
Importe de solicitud	En moneda local	(Unidad) (*No llene.)	
	En yenes japoneses	Equivalentes a	yenes (*No llene.)

Persona difunta	Número de la notificación para certificar el derecho al subsidio			-						
	En Katakana									
	Nombre									
	Domicilio en el momento de defunción									
	Fecha de defunción									

\* En cuanto a la cuenta de depósitos para el pago, adjunte un documento con el cual se pueda confirmar como una copia de la libreta de depósitos.

\* El titular de la cuenta de depósitos para el pago debe ser el solicitante mismo.

\* El solicitante debe adjuntar un documento que certifique que sea el heredero de la persona difunta objeto del pago de subsidio.

Como se ha mencionado arriba, deseo y solicito el subsidio para las asistencias médicas correspondiente al año fiscal \_\_\_\_\_ de la persona difunta \_\_\_\_\_ adjuntando los documentos relacionados.

En caso de que se genere un litigio sobre el subsidio para las asistencias médicas después de su pago, prometo asumir todas las responsabilidades por supuesto sin cuestionar al gobernador de la prefectura (ciudad) de \_\_\_\_\_ la responsabilidad.

Fecha:        /        /        (Día/ Mes/Año)

Nombre del solicitante:

Sello personal (o firma)

Al señor gobernador de la prefectura (ciudad) de \_\_\_\_\_

(Estándares industriales japoneses JIS A4)

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

Fecha:     /     /     (Día/ Mes/Año)

Al señor gobernador de la prefectura (ciudad) de \_\_\_\_\_

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	(En Katakana)	
	Nombre anterior al cambio	
	(En Katakana)	
	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.

(Estándares industriales japoneses JIS A4)

## 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 (Formulario 1)
<input type="checkbox"/>	Detalles de la solicitud del pago de subsidio por años (Formulario 2)
<input type="checkbox"/>	Detalles de las asistencias médicas (Formularios 3 a 7) *Agrúpelos por años.
<input type="checkbox"/>	Certificados que comprueban el pago de prestaciones del seguro, etc. *1 Agrúpelos por años. *2 En caso de que el importe de las prestaciones esté descrito en los detalles de las asistencias médicas y no haya otras prestaciones, no es necesario presentar certificados.
<input type="checkbox"/>	Documento con el cual se pueda confirmar la cuenta de depósitos para el pago tal como una copia de la libreta de depósitos
<input type="checkbox"/>	Copia del certificado de reconocimiento de enfermedad causada por los efectos de la bomba atómica en caso de haberse reconocido

(Referencia)

### 1. Límite superior del subsidio de cada año

(Unidad: yenes)

Año	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	179,000
Excepción (4 días o más de hospitalización)	35,500	142,000	142,000	142,000	157,000	165,000	172,000	183,000	187,000	191,000

2. Sobre las enfermedades reconocidas como causada por los efectos de la bomba atómica  
En cuanto a las enfermedades y las lesiones causadas por la radiación de la bomba atómica, podrán ser reconocidas como tal por el Ministro de Salud, Trabajo y Bienestar. Las principales enfermedades reconocidas como consecuencias de la bomba atómica son (1) tumores malignos, (2) leucemia y (3) hiperparatiroidismo entre otras.