

Personas que desean solicitar el pago de subsidio para gastos médicos

A las Víctimas de la Bomba Atómica que Residen en el Extranjero

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

Aquellas personas que residen fuera de Japón y han recibido la libreta de salud de la víctima de la bomba atómica o el certificado del estado en el momento en el cual se sufrieron las consecuencias de la bomba atómica (certificado de la víctima de la bomba atómica), pueden recibir un subsidio para gastos médicos.

El objeto de este subsidio son los gastos médicos pagados a las instituciones médicas durante el año que va desde enero hasta diciembre del año 2014.

A partir del año 2014 el límite superior del subsidio para asistencias médicas que se paguen mediante una tramitación sencilla con los recibos, etc. se ha elevado a 300.000 yenes por año.

Además, las personas que hayan cargado con más de 300.000 yenes de gastos médicos, podrán tener un subsidio que exceda del límite superior si solicitan el pago de subsidio adjuntando los documentos que certifiquen el contenido y el costo de las asistencias médicas recibidas durante 1 año, los mismos que las instituciones médicas correspondientes hayan llenado.

Para la solicitud, por favor hagan la tramitación de acuerdo con el siguiente procedimiento.

* Si solicitan el pago de subsidio por vez primera y tienen dudas sobre la tramitación, por favor comuníquense con el contacto indicado en la página 7.

Procedimiento

1. Documentos de la solicitud

Por favor verifiquen si el importe total de los gastos médicos con los que han cargado durante el año que va desde enero hasta diciembre del año 2014 es 300.000 yenes o menos o superior a 300.000 yenes de acuerdo con los recibos,

etc. Los documentos a presentar varían según los casos como se indican a continuación.

(1) Caso de que el importe total de los gastos médicos con los que han cargado es 300.000 yenes o menos

1) Solicitud del pago (para gastos médicos)(Formularios No.1 a No.1-3)
Por favor llenen los formularios presentados en las páginas 8, 9 y 10.

* Si solicitan el pago de subsidio por vez primera, por favor presenten la “Lista de instituciones médicas donde el solicitante del subsidio va a recibir asistencias médicas” mostrada en la página 26.

* En caso de haber algún cambio y/o adición sobre el contenido de la “Lista de instituciones médicas donde el solicitante del subsidio va a recibir asistencias médicas” presentada antes, por favor presenten la “Solicitud del cambio del contenido confirmado (cambio en la lista de instituciones médicas donde el solicitante del subsidio va a recibir asistencias médicas)” (Formulario No.3) mostrada en la página 23.

2) Documento de identificación del solicitante

Por favor presenten un certificado de una organización pública (emitido dentro de un mes antes de la solicitud) y que confirme la identidad del solicitante.

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

* No obstante, aquellas personas que reciben el subsidio de control de salud, el subsidio de salud, el subsidio especial de asistencia médica, el subsidio especial o el subsidio por microcefalia causada por la bomba atómica en el momento que presenten la “solicitud de pago de subsidio (para gastos médicos)” (Formulario No.1), no requieren presentar dicho certificado.

3) Certificado de ser víctima de la bomba atómica

Por favor presenten una copia de alguno de los siguientes documentos.

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

* En caso de que hayan cambiado el nombre, el domicilio o el número de teléfono, por favor presenten la “Solicitud del cambio del contenido (cambio de nombre, domicilio y número de

teléfono)”(Formulario No.4)” presentada en la página 24.

- 4) Documento con el cual se puede confirmar la cuenta bancaria para el pago
Por favor presenten una copia de la libreta de depósitos, etc.
 - 5) Recibos emitidos por las instituciones médicas
Presenten los recibos emitidos por las instituciones médicas entre enero y diciembre del año 2014.
Es necesario que en los recibos emitidos por las instituciones médicas se mencionen los 4 siguientes puntos:
 - a Importe pagado
 - b Nombre de la persona que ha pagado el importe (debe coincidir con el nombre del solicitante mismo)
 - c Nombre, domicilio y número de teléfono de las instituciones médicas
 - d Fecha de pago
 - * Para que se pueda saber el importe pagado, subrayen la parte correspondiente del recibo sin falta. Asimismo, en cuanto a los recibos que contienen también los gastos médicos de otras personas, subrayen solamente la parte de los gastos médicos correspondientes al solicitante mismo sin falta de forma que se pueda saber.
 - * Presenten, en principio, los recibos originales. (En caso de que haya alguna razón por la cual no sea posible presentar los recibos originales, se pueden presentar copias.)
 - 6) Solicitud de la notificación para certificar el derecho al subsidio (Formulario No.5)
 - * Si solicitan el pago de subsidio por vez primera, por favor llenen el formulario mostrado en la página 25 y preséntelo junto con otros documentos necesarios (Solamente las personas que solicitan el subsidio por vez primera necesitan presentarlo).
 - 7) Lista de instituciones médicas donde el solicitante del subsidio va a recibir asistencias médicas (Formulario No.6)
Si solicitan el pago de subsidio por vez primera, por favor llenen el formulario mostrado en la página 26 y preséntelo junto con otros documentos necesarios (Solamente las personas que solicitan el subsidio por vez primera necesitan presentarlo).
- (2) Caso de que el importe total de los gastos médicos con los que han cargado es superior a 300.000 yenes

Antes de nada, por favor verifiquen el importe total de los gastos médicos de un año. Si es superior a 1.500.000 yenes (aproximadamente más de 5 veces mayor que el límite superior del subsidio), presenten los documentos indicados abajo.

En caso de que sea imposible preparar los siguientes documentos, hagan la solicitud adjuntando los recibos con los cuales se puedan saber los gastos requeridos para las asistencias médicas de la misma manera que hasta ahora (véase 1. (1) de la página 2). Sin embargo, en ese caso el importe máximo que se paga será de 300.000 yenes.

1) Solicitud del pago de subsidio (para gastos médicos) (Formularios No.2 a No.2-2)

Por favor llenen los formularios presentados en las páginas 11 y 12.

* Si solicitan el pago de subsidio por vez primera, por favor presenten la “Lista de instituciones médicas donde el solicitante del subsidio va a recibir asistencias médicas” mostrada en la página 26.

* En caso de haber algún cambio y/o adición sobre el contenido de la “Lista de instituciones médicas donde el solicitante del subsidio va a recibir asistencias médicas” presentada antes, por favor presenten la “Solicitud del cambio del contenido confirmado (cambio en la lista de instituciones médicas donde el solicitante del subsidio va a recibir asistencias médicas)” (Formulario No.3) mostrada en la página 23.

2) Documento de identificación del solicitante

Por favor presenten un certificado de una organización pública (emitido dentro de un mes antes de la solicitud) y que confirme la identidad del solicitante.

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

* No obstante, aquellas personas que reciben el subsidio de control de salud, el subsidio de salud, el subsidio especial de asistencia médica, el subsidio especial o el subsidio por microcefalia causada por la bomba atómica en el momento que presenten la “solicitud de pago de subsidio (para gastos médicos)” (Formulario No.1), no requieren presentar dicho certificado.

3) Certificado de ser víctima de la bomba atómica

Por favor presenten una copia de alguno de los siguientes documentos.

- Libreta de salud de víctima de la bomba atómica

- Certificado del estado en el momento en el cual se sufrieron las consecuencias de la bomba atómica (Certificado de víctima de la bomba atómica)
 - Notificación para certificar el derecho al subsidio
 - * En caso de que hayan cambiado el nombre, el domicilio o el número de teléfono, por favor presenten la “Solicitud del cambio del contenido (cambio de nombre, domicilio y número de teléfono)”(Formulario No.4)” presentada en la página 24.
- 4) Documento con el cual se puede confirmar la cuenta bancaria para el pago
Por favor presente una copia de la libreta de depósitos, etc.
 - 5) Detalles de asistencias médicas llenados por las instituciones médicas (Formularios No.2-3,4,5,6 y 7)
Por favor presenten los formularios indicados desde la página 13 hasta la página 22 a las instituciones médicas donde hayan recibido asistencias médicas y pidan que los llenen especificando el contenido del tratamiento y los gastos médicos pagados, etc. según la internación, la asistencia ambulatoria y la odontología.
En caso de las personas con una enfermedad reconocida como causada por los efectos de la bomba atómica que han recibido asistencias médicas por dicha enfermedad, por favor declaren el nombre de la enfermedad a las instituciones médicas y preséntenles el formulario No.2-6 mostrado en la página 19 o el formulario No. 2-7 mostrado en la página 21 para pedir que llenen en particular aparte de otras enfermedades.
 - 6) Certificados del pago de prestaciones de seguro médico, etc.
En caso de haber recibido prestaciones que deben deducirse de los gastos médicos tales como prestaciones del seguro público en cuanto a los gastos requeridos para asistencias médicas, por favor adjunten documentos que señalen el importe recibido.
 - 7) Copia del certificado de la enfermedad reconocida como causada por los efectos de la bomba atómica
En caso de las personas con una enfermedad reconocida como causada por los efectos de la bomba atómica, por favor presenten la copia del certificado de dicha enfermedad.
 - 8) Solicitud de la notificación para certificar el derecho al subsidio (Formulario No.5)
Si solicitan el pago de subsidio por vez primera, por favor llenen el

formulario mostrado en la página 25 y preséntelo junto con otros documentos necesarios (Solamente las personas que solicitan el subsidio por vez primera necesitan presentarlo).

- 9) Lista de instituciones médicas donde el solicitante del subsidio va a recibir asistencias médicas (Formulario No.6)
Si solicitan el pago de subsidio por vez primera, por favor llenen el formulario mostrado en la página 26 y preséntelo junto con otros documentos necesarios (Solamente las personas que solicitan el subsidio por vez primera necesitan presentarlo).

2. Período objeto del pago de subsidio para gastos médicos

El subsidio para asistencias médicas del año 2014 corresponde a los gastos médicos pagados durante el año que va desde enero hasta diciembre del año 2014.

3. Plazo para presentar la solicitud y la dirección a donde se envía

Por favor envíen por correo la solicitud para que llegue a la dirección indicada abajo sin falta antes de la fecha límite de presentación correspondiente. Antes de enviar la solicitud por correo, por favor verifiquen con la lista de chequeo mostrada en la página 27 (caso de 300.000 yenes o menos) o en la página 28 (caso de más de 300.000 yenes) que todos los documentos necesarios para la solicitud están completos.

- (1) Caso de 300.000 yenes o menos
Antes del viernes 30 de enero del año 2015
- (2) Caso de más de 300.000 yenes
Antes del martes 31 de marzo del año 2015

[Dirección]

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 Kosshu Eisei Kyokai*)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokio 160-0022, Japón

4. Fecha del pago de subsidio para gastos médicos

- (1) Caso de 300.000 yenes o menos

Se ingresará el subsidio en la cuenta bancaria antes del martes 31 de marzo del año 2015.

(2) Caso de más de 300.000 yenes

Se ingresará el subsidio inmediatamente después de terminar el examen correspondiente.

- * Por favor tomen en consideración de antemano que el examen requiere un determinado tiempo.
- * En caso de cambiar de cuenta bancaria a la que se haga el ingreso del subsidio, notifíquelo sin falta.

5. Notificación para certificar el derecho al subsidio

Las personas que hayan solicitado el pago de subsidio por vez primera, recibirán la notificación para certificar el derecho al subsidio de la Prefectura de Hiroshima.

El número de notificación para certificar el derecho al subsidio escrito sobre la misma, deberá escribirse en la solicitud del pago.

A partir del año que viene el número será necesario a la hora de presentar la solicitud, por lo cual se ruega guardar la notificación con cuidado.

Información de contacto sobre este aviso:

**Asociación de Salud Pública de Japón
Encargado de Programas para Víctimas de la
Bomba Atómica que residen en el extranjero**
Teléfono: +81-3-3352-4281
Fax: +81-3-3352-4605
Correo electrónico: zaigai@jpha.or.jp

Formulario No.1

Solicitud del pago de subsidio (Caso de 300.000 yenes o menos)

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 recibe algún subsidio en el momento de solicitud o no. (*5)	Sí / No							
Importe de solicitud	En moneda local	(Unidad) (*No rellene.)						
	En yenes japoneses	Equivalentes a			yenes (*No rellene.)			

*1 Escriba sin falta el nombre de la oficina principal (sucursal).

*2 Escriba sin falta la dirección.

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

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

*5 Si usted recibe el subsidio de control de salud, el subsidio de salud, el subsidio especial de asistencia médica, el subsidio especial o el subsidio por microcefalia causada por la bomba atómica en el momento de esta solicitud, marque un círculo (○) en el "Sí".

Como se ha mencionado arriba, deseo y solicito el subsidio para las asistencias médicas del año 2014 adjuntando los documentos relacionados.

Fecha: / / (Día/ Mes/Año)

Nombre del solicitante:

Sello personal (o firma)

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

Nombre del apoderado:

Información de contacto del apoderado:

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

Al señor alcalde de la ciudad de Hiroshima

Formulario No.1-2

Detalle de la solicitud del pago (Caso de 300.000 yenes o menos)

	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 10 (Formulario No.1-3) 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, el domicilio y el número de teléfono de las compañías de seguro
 - 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.

Formulario No.2

**Solicitud de pago de subsidio
(Caso de más de 300.000 yenes)**

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 solicitud o no. (*6)		Sí	/	No				
Importe de solicitud	En moneda local				(Unidad) (*No rellene.)			
	En yenes japoneses				Equivalentes a yenes (*No rellene.)			

*1 Escriba sin falta el nombre de la oficina principal (sucursal).

*2 Escriba sin falta la dirección.

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

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

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

*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 "Sí" con un círculo (○).

Como se ha mencionado arriba, deseo y solicito el subsidio para las asistencias médicas del año 2014 adjuntando los documentos relacionados.

Fecha: / / (Día/ Mes/Año)

Nombre del solicitante:

Sello personal (o firma)

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

Nombre del apoderado:

Información de contacto del apoderado:

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

Al señor alcalde de la ciudad de Hiroshima

Detalle de la solicitud del pago de subsidio (Caso de más de 300.000 yenes)

Año	Importe requerido para asistencias médicas 1)	Importe cubierto por el seguro, etc. 2)	Importe con el que cargó el solicitante 3) (1)-2))	Nota
2014				

(Nota1) En el espacio del “Importe requerido para asistencias médicas” escriba el importe total requerido para asistencias médicas de acuerdo con los datos del contenido del tratamiento recibido y de los gastos médicos pagados durante un año que las instituciones médicas han anotado en los formularios No. 2-3, 4, 5, 6 y 7.

(Nota 2) En caso de que haya recibido prestaciones del seguro, etc. por el tratamiento médico correspondiente, pida a la compañía de seguro, etc. que emita el certificado de pago de dichas prestaciones y escriba el importe certificado en el espacio del “Importe cubierto por el seguro, etc.

(Nota3) En el espacio del “Importe con el que cargó el solicitante” escriba el importe resultante deduciendo el importe cubierto por el seguro, etc. del importe requerido para asistencias médicas.

(Nota 4) Escriba el importe en moneda de su 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 firme. (Es posible que se le pida más información.)
- (3) Este formulario es sobre la consulta ambulatoria. Describa los detalles correspondientes al año 2014 (de enero a 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 2014 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				
1. Consulta ambulatoria				
	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
2. Medicación	Medicamento utilizado	Manera de usar	Dosis aplicada	Número total de días de medicación
<input type="checkbox"/> Hay	_____	_____	_____	_____ días
<input type="checkbox"/> No hay	_____	_____	_____	_____ días
3. Inyección				
<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	
4. Examen	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			

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 firmé. (Es posible que se le pida más información.)
- (3) Este formulario es sobre la hospitalización. Describa los detalles correspondientes al año 2014 (de enero a 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 2014 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				
1. Hospitalización				
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 / /
2. Medicación	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
3. Inyección				
<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
4. Examen	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
<input type="checkbox"/> Otros exámenes	_____	_____	_____	_____ veces
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

Detalles de las asistencias médicas					
7. Operación					
(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)					
8. Otro tratamiento					
(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)					
*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.

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. Describa los detalles correspondientes al año 2014 (de enero a diciembre).
 * En caso de no poder describir todos los detalles en este formulario, cópielo y presente varios. O utilice cualquier otro formulario que cuente con los mismos ítems que este formulario.
- (4) *En el punto "14. Otros" describa el contenido que no corresponda a los puntos 1 a 13.

Año 2014 Detalles de las asistencias médicas de la odontología

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Sexo
Fórmula dental		
Dientes definitivos		
Derecha	#1 #2 #3 #4 #5 #6 #7 #8	#9 #10 #11 #12 #13 #14 #15 #16
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
	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
Izquierda		
Detalles de las asistencias médicas	Fórmula dental	Tarifa facturada durante 1 año
1. Consulta		
Fecha de primera consulta		
Número de días actuales de consulta		
Costo de diagnóstico y control 1		
Costo de diagnóstico y control 2		
2. Radiografía		
Aleta de mordida		
Estándar		
Panorámica		
3. Medicación		
<input type="checkbox"/> Hay <input type="checkbox"/> No hay		
Medicamento 1		
Medicamento 2		
Medicamento 3		
4. Remoción de placa dental		
Aplicación de un medicamento <input type="checkbox"/> Hay <input type="checkbox"/> No hay		
Nombre del medicamento		
5. Raspado y alisado radicular		
Curetaje dental		
Cirugía periodontal		
6. Extracción de dientes		
Otro tipo de cirugía		
7. Recubrimiento pulpar		
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). Describa los detalles correspondientes al año 2014 (de enero a diciembre).
- * 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 caso de no poder describir todos los detalles en este formulario, cópielo y presente varios. O utilice cualquier otro formulario que cuente con los mismos ítems que este formulario.
- (3) 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.)
- (4) *En el punto "9. Otros" describa el contenido que no corresponda a los puntos 1 a 7.

Año 2014 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				
1. Consulta ambulatoria				
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
2. Medicación	Medicamento utilizado	Manera de usar	Dosis aplicada	Número total de días de medicación
<input type="checkbox"/> Hay	_____	_____	_____	_____ días
<input type="checkbox"/> No hay	_____	_____	_____	_____ días
3. Inyección				
<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
4. Examen				
<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 []					

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). Describa los detalles correspondientes al año 2014 (de enero a diciembre).
- * 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 caso de no poder describir todos los detalles en este formulario, cópielo y presente varios. O utilice cualquier otro formulario que cuente con los mismos ítems que este formulario.
- (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 7.

Año 2014 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					
1. Hospitalización					
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 / /			
2. Medicación	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"/> No hay	_____	_____	_____	_____ días	
<input type="checkbox"/> No hay	_____	_____	_____	_____ días	
3. Inyección					
<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	
4. Examen					
	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	
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	

Detalles de las asistencias médicas					
7. Operación					
(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)					
8. Otro tratamiento					
(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)					
*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: _____

Formulario No.3

Lista de instituciones médicas donde el solicitante del subsidio recibe asistencias médicas

(Anoté las instituciones médicas a donde usted acude actualmente o regularmente para recibir asistencias médicas.)

Día: Mes: Año:

Al señor alcalde de la ciudad 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 alcalde de la ciudad de Hiroshima

Domicilio (posterior al cambio)

Nombre (posterior al cambio)

Sello personal
(o firma)

Solicito el cambio señalado a continuación, adjuntando una copia de alguno de la notificación para certificar el derecho al subsidio, la libreta de salud de víctima de la bomba atómica y el certificado del estado en el momento en el cual se sufrieron las consecuencias de la bomba atómica.

Número de la notificación para certificar el derecho al subsidio				-					
Cambio de nombre	En letras Katakana								
	Nombre anterior al cambio								
	En letras Katakana								
	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.

Formulario No.5

* Si usted solicita el pago de subsidio por vez primera, por favor presente este formulario sin falta. Las personas ya registradas no necesitan presentarlo.

Solicitud de la notificación para certificar el derecho al subsidio

En Katakana		Fecha de nacimiento: (Día/Mes/Año)	Sexo
Nombre			Hombre/Mujer
País de residencia			
En Katakana			
Domicilio			
Teléfono	(Escriba desde el código del país.)		
Fax/Correo electrónico			
Tipo	<input type="checkbox"/> Libreta de salud de víctima de la bomba atómica <input type="checkbox"/> Certificado del estado en el momento en el cual se sufrieron las consecuencias de la bomba atómica (o Certificado de víctima de la bomba atómica) * Marque uno con un círculo (○).		
Prefectura/Ciudad de expedición		/	
Número de libreta de salud de víctima de la bomba atómica			-
Número de certificado del estado en el momento en el cual se sufrieron las consecuencias de la bomba atómica (o certificado de víctima de la bomba atómica)			

Como se ha mencionado arriba, deseo y solicito la certificación del derecho al subsidio para asistencias médicas adjuntando los documentos relacionados.

Fecha: / / (Día/Mes/Año)

Nombre del solicitante:

Sello personal (o firma)

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

Nombre del apoderado:

Información de contacto del apoderado:

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

Al señor alcalde de la ciudad de Hiroshima

Formulario No.6

Lista de instituciones médicas donde el solicitante del subsidio recibe asistencias médicas

(Anoté las instituciones médicas a donde usted acude actualmente o regularmente para recibir asistencias médicas.)

Día: Mes: Año:

Al señor alcalde de la ciudad 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.)

Lista de chequeo de los documentos a presentar (Caso de 300.000 yenes o menos)

* 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 de pago de subsidio (Caso de 300.000 yenes o menos) (Página 8)
<input type="checkbox"/>	Detalle de la solicitud de pago (Caso de 300.000 yenes o menos) (Página 9)
<input type="checkbox"/>	Certificado de una organización pública (emitido dentro de un mes antes de la solicitud) y que confirme la identidad del solicitante (Copia/Extracto del registro civil, documento certificado por un notario público, permiso de residencia, certificado de residencia, etc.) * <u>Aquellas personas que reciben el subsidio de control de salud, el subsidio de salud, el subsidio especial de asistencia médica, el subsidio especial o el subsidio por microcefalia causada por la bomba atómica en el momento que presenten la “solicitud de pago de subsidio, no requieren presentar dicho certificado.</u>
<input type="checkbox"/>	Copia de alguno de la notificación para certificar el derecho al subsidio, la libreta de salud de víctima de la bomba atómica y el certificado del estado en el momento en el cual se sufrieron las consecuencias de la bomba atómica (certificado de víctima de la bomba atómica)
<input type="checkbox"/>	Documento con el cual se puede confirmar la cuenta bancaria para el pago como copia de la libreta de depósitos
<input type="checkbox"/>	Recibos emitidos por las instituciones médicas (Aquellos que están pegados en la hoja para los recibos de la página 10) *1 Para que se pueda saber el importe pagado, subraye la parte correspondiente del recibo sin falta. *2 En cuanto a los recibos que contienen también las primas de seguro de otras personas, subraye solamente la parte correspondiente al solicitante mismo para que se pueda saber.
<input type="checkbox"/>	Solicitud del cambio del contenido (solamente en caso de haber cambiado de “Lista de instituciones médicas donde el solicitante del subsidio recibe asistencias médicas (Página 23)”, domicilio (Página 24))

* Las personas que solicitan el pago de subsidio por vez primera, necesitan presentar el documento indicado abajo junto con otros documentos necesarios.

<input type="checkbox"/>	Solicitud de la notificación para certificar el derecho al subsidio (para primas de seguro) (Página 25)
<input type="checkbox"/>	Lista de instituciones médicas donde el solicitante del subsidio recibe asistencias médicas (Página 26)

Lista de chequeo de los documentos a presentar (Caso de más de 300.000 yenes)

* 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 de pago de subsidio (para gastos médicos) (Caso de más de 300.000 yenes) (Página 11)
<input type="checkbox"/>	Detalle de la solicitud de pago (Gastos médicos) (Caso de más de 300.000 yenes) (Página 12)
<input type="checkbox"/>	Certificado de una organización pública (emitido dentro de un mes antes de la solicitud) y que confirme la identidad del solicitante (Copia/Extracto del registro civil, documento certificado por un notario público, permiso de residencia, certificado de residencia, etc.) * <u>Aquellas personas que reciben el subsidio de control de salud, el subsidio de salud, el subsidio especial de asistencia médica, el subsidio especial o el subsidio por microcefalia causada por la bomba atómica en el momento que presenten la “solicitud de pago de subsidio, no requieren presentar dicho certificado.</u>
<input type="checkbox"/>	Copia de alguno de la notificación para certificar el derecho al subsidio, la libreta de salud de víctima de la bomba atómica y el certificado del estado en el momento en el cual se sufrieron las consecuencias de la bomba atómica (certificado de víctima de la bomba atómica)
<input type="checkbox"/>	Documento con el cual se puede confirmar la cuenta bancaria para el pago como copia de la libreta de depósitos
<input type="checkbox"/>	Detalles de las asistencias médicas llenados por las instituciones médicas (Páginas de 13 a 22)
<input type="checkbox"/>	Certificados de las prestaciones del seguro recibidas, etc. * En caso de que el importe de las prestaciones del seguro recibidas, etc. esté descrito en los detalles de las asistencias médicas y que no haya otras prestaciones del seguro, etc., no hace falta presentar dichos certificados.
<input type="checkbox"/>	Solicitud del cambio del contenido (solamente en caso de haber cambiado de “Lista de instituciones médicas donde el solicitante del subsidio recibe asistencias médicas (Página 23)”, domicilio (Página 24))
<input type="checkbox"/>	Copia del certificado de la enfermedad reconocida como causada por los efectos de la bomba atómica (Solamente personas que tienen ese certificado)

* Las personas que solicitan el pago de subsidio por vez primera, necesitan presentar el documento indicado abajo junto con otros documentos necesarios.

<input type="checkbox"/>	Solicitud de la notificación para certificar el derecho al subsidio (para primas de seguro) (Página 25)
<input type="checkbox"/>	Lista de instituciones médicas donde el solicitante del subsidio recibe asistencias médicas (Página 26)