Guia sobre a solicitação de despesas médicas

Índice de documentos

■ Introdução (resumo sobre os 2 sistemas de subsídio) 1

■ Seleção correta de documentos para a solicitação.....3

■ 1. Solicitação do subsídio às despesas médicas.....4

- Lista de valores máximos do subsídio às despesas médicas em moedas estrangeiras
- Beneficiário/a
- Despesas médicas subsidiadas
- Prazo de entrega
- Procedimento para requerimento

■ 2. Solicitação do pagamento de despesas médicas em conformidade com a Lei.....8

- Beneficiário/a
- Despesas médicas subsidiadas
- Procedimento para requerimento
- Outros
- Pagamento de despesas médicas às vítimas de bomba atômica residentes no exterior [cálculo]

<Formulários de requerimento etc.>

○ Solicitação do subsídio às despesas médicas (prêmio de seguro)
<documento amarelo>
○ Solicitação do subsídio às despesas médicas (despesas médicas)
<documento azul>
○ Solicitação do pagamento de despesas médicas em conformidade com a Lei
<documento rosa>

Este guia pode ser baixado no site do Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/genbaku/genbaku02/index.html

Código QR

Guia sobre a solicitação de despesas médicas

Introdução

Agosto de 2024
Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar
Província de Hiroshima

〔 Este comunicado destina-se às pessoas que residem no Brasil, Argentina, Paraguai, Bolívia ou Uruguai. 〕

Seguem as informações sobre a solicitação dos 2 tipos de sistema de subsídio ao valor de despesas médicas cobertas pelo titular, para residentes fora do Japão (com despesas no país de residência).

As solicitações devem ser feitas baseando-se no valor por ano das despesas médicas cobertas pelo titular:

- Despesas de até 300 mil ienes devem utilizar "1. - Solicitação do subsídio às despesas médicas".
- Despesas acima de 300 mil ienes devem utilizar "2. - Solicitação do pagamento de despesas médicas em conformidade com a Lei*".

* Lei de Proteção às Vítimas de Bomba Atômica

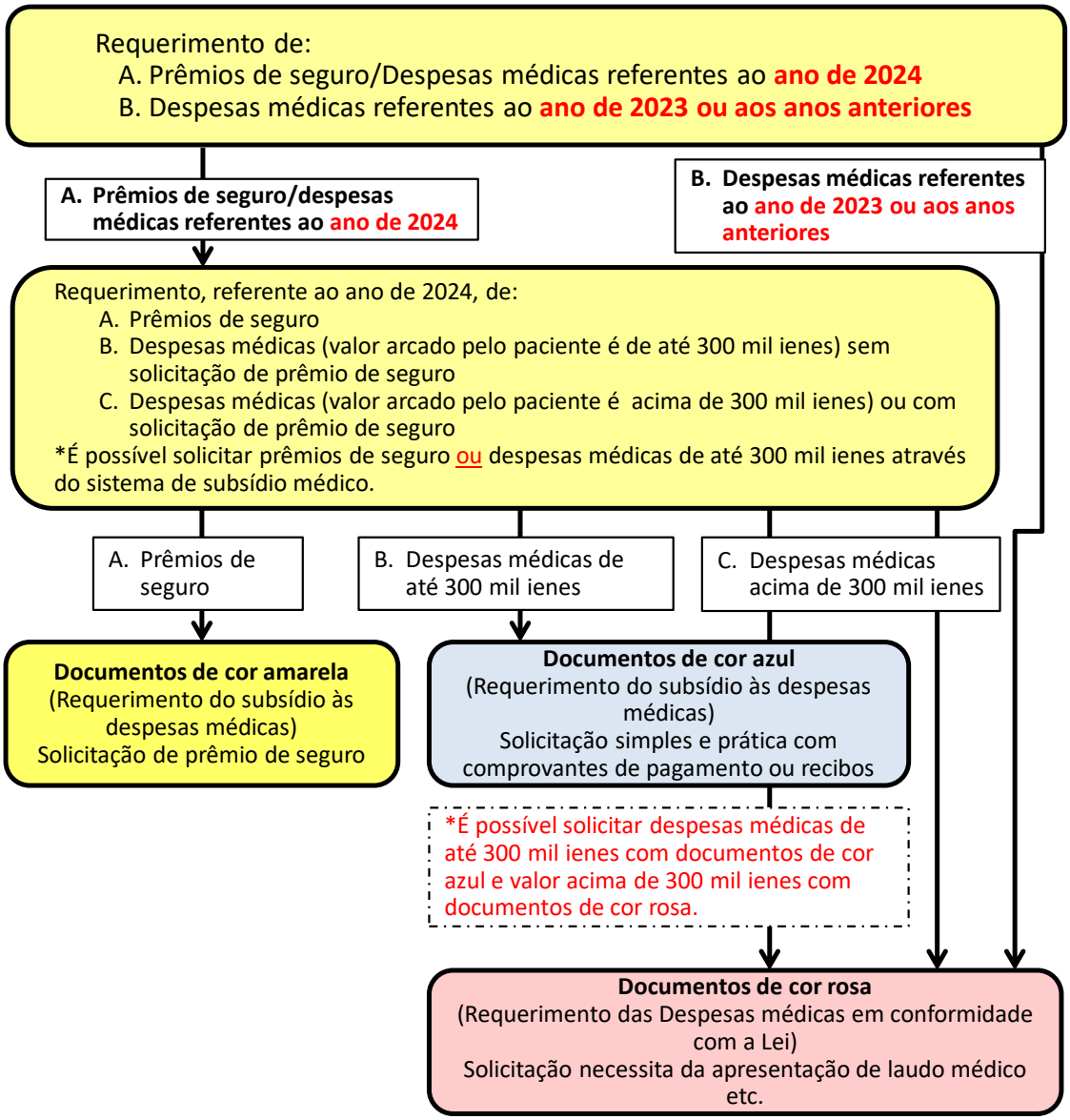
◎Você também pode solicitar despesas médicas até 300 mil ienes como "1. - Solicitação do subsídio às despesas médicas" e qualquer valor acima de 300 mil ienes como "2. - Solicitação do pagamento de despesas médicas em conformidade com a Lei".

[Resumo]

	1. Subsídio às despesas médicas (Despesas médicas cobertas pelo titular no valor de até 300 mil ienes)	2. Despesas médicas em conformidade com a Lei (Despesas médicas cobertas pelo titular no valor acima de 300 mil ienes)
Documentos necessários, etc.	Solicitação simples anexando recibos	Solicitação que exige laudo médico etc.
	○ Formulário de solicitação ○ Recibos ○ Documentos de verificação da conta bancária para depósito ○ Cópia da carteira de saúde de vítima da bomba atômica	○ Formulário de solicitação ○ Recibos ○ Documentos de verificação da conta bancária para depósito ○ Cópia da carteira de saúde de vítima da bomba atômica ○ Laudo médico etc. - Documento informando nome da doença e detalhes do tratamento, expedido por instituição médica ou farmácia
	Prêmio de seguro: ver documentação amarela. Despesas médicas: ver documentação azul.	Para detalhes, ver documentação rosa.
Destino	Associação de Saúde Pública do Japão	
Prazo	Entrega até 31 de janeiro de 2025, sexta-feira	-

Limite	Limite anual de pagamento até 300 mil ienes	O limite de pagamento será determinado com base em exemplos de valores de consultas praticadas no Japão.
Obs.	Podem ser feitas diversas solicitações dentro do prazo.	A avaliação requer tempo considerável.

【Seleção Correta de Documentos para a Solicitação】



◎A solicitação através dos documentos de cor rosa também pode ser feita para quantias que não ultrapassem o limite de 300 mil ienes, mas o processo de avaliação pode levar tempo.

Se tiver dúvidas, entre em contato com a Associação de Saúde Pública do Japão *(Ippan Zaidan Hojin Nihon Koshu Eisei Kyokai)*
TEL: +81-3-3352-4285 E-mail: zaigai@jpha.or.jp

1. Solicitação do subsídio às despesas médicas

Procedimento simples através de recibo, sendo possível receber o pagamento do subsídio às despesas médicas **com o limite de até 300 mil ienes por ano (*1)**.

* O limite para o recebimento do pagamento convertido nas moedas dos diversos países está descrito na tabela abaixo. É possível solicitar o subsídio às despesas médicas dentro dos limites do "valor máximo do subsídio às despesas médicas" descrito na tabela a seguir, com relação às despesas médicas pagas no período de 1 ano, de janeiro a dezembro de 2024.

  Na ocasião do pagamento, de acordo com a moeda do país de residência, o valor poderá sofrer variação devido à taxa cambial. Por favor, esteja ciente ao fato de que, mesmo em caso de recebimento em conta em moeda japonesa, o limite de 300 mil ienes para pagamento, descrito no informativo, poderá sofrer alterações.

Lista de valores máximos do subsídio às despesas médicas			
País ou região	Moeda	Valor máximo do subsídio às despesas médicas	
República da Argentina	Peso argentino	1.578.948	ARS
Federação da Austrália	Dólar australiano	2.958	AUD
Estado Plurinacional da Bolívia	Boliviano	12.837	BOB
República Federativa do Brasil	Real	9.317	BRL
Canadá	Dólar canadense	2.641	CAD
República Popular da China	Renminbi	14.165	CNY
União Europeia	Euro	1.820	EUR
República da Indonésia	Rupia	28.037.384	IDR
Estados Unidos Mexicanos	Peso mexicano	29.557	MXN
República das Filipinas	Peso filipino	105.634	PHP
República de Cingapura	Dólar de Cingapura	2.651	SGD
Reino Suécia	Coroa sueca	20.577	SEK
Confederação Suíça	Franco suíço	1.778	CHF
Taiwan	Dólar taiwanês	61.602	TWD
Reino da Tailândia	Baht	70.589	THB
Reino Unido	Libra esterlina	1.536	GBP
Estados Unidos da América	Dólar americano	1.969	USD
República Oriental do Uruguai	Peso uruguaio	74.258	UYU
República Socialista do Vietnã	Dong	46.153.847	VND

* Com base na cotação de abril de 2024

(1) Beneficiário/a

- Pessoa que pagou a despesa médica do próprio bolso no país onde reside
- Quando o/a beneficiário/a é falecido/a, um familiar enlutado como substituto

(2) Despesas médicas subsidiadas

O subsídio será concedido, **com o teto anual de 300 mil ienes** (vide página 4*).

- **Pagamentos efetuados no período de 1 ano,** de janeiro a dezembro de 2024 relacionados a:
  - Prêmio de seguro ou despesas médicas pagas do próprio bolso
  - Despesa de exame de saúde

(3) Prazo de entrega

Com relação ao prazo final para entrega do formulário de solicitação, este deve chegar até 31 de janeiro de 2025, sexta-feira. Não esqueça de realizar a solicitação.

Até o prazo final para entrega, é possível realizar a solicitação quantas vezes forem necessárias, até o limite de pagamento anual de 300 mil ienes. Após o recebimento da solicitação, haverá análise por ordem de chegada, porém o procedimento requer tempo. Assim, deve-se aguardar, a partir da solicitação, até que o pagamento seja efetivamente realizado. Contamos com sua compreensão.

(4) Procedimento para requerimento

Requerimento dos prêmios de seguro:

Utilizar os documentos de cor amarela

Requerimento das despesas médicas:

Utilizar os documentos de cor azul

(5) Outros

1) Sobre a solicitação de pagamento de despesas médicas em conformidade com a Lei

- Caso a pessoa que solicitou o subsídio ao valor do prêmio de seguro necessitar pagar despesas médicas por conta própria, será possível solicitar o pagamento das despesas médicas de acordo com a Lei, conforme descrito na página 8.
- Quando a pessoa que solicitou o subsídio às despesas médicas tiver realizado por conta própria pagamentos que ultrapassem o limite anual de 300 mil ienes (vide página 4 *), será possível também solicitar o subsídio às despesas médicas em conformidade com a Lei.

2. Solicitação do pagamento de despesas médicas em conformidade com a Lei

1. Quando o valor arcado pelo paciente ultrapassar o limite anual de 300 mil ienes (vide página 4*) estipulado pelo subsídio às despesas médicas solicitado, o pagamento do valor excedente poderá ser solicitado conforme a Lei de Assistência às Vítimas de Bomba Atômica.

(1) Beneficiário/a

- Pessoa que recebeu pagamento do prêmio de seguro através do subsídio às despesas médicas
- Pessoa que pagou por conta própria acima do limite de 300 mil ienes anuais do subsídio às despesas médicas
- Quando o/a beneficiário/a é falecido/a, um familiar enlutado como substituto

(2) Despesas médicas subsidiadas

As despesas médicas pagas do próprio bolso

* No entanto, as despesas médicas seguintes não serão subsidiadas:

1) Aquelas que não tenham sido reconhecidas como tratamentos médicos no seguro de saúde pública no Japão
2) Aquelas que não sejam cobertas pelo seguro de saúde pública no Japão, como tratamentos médicos avançados, entre outros
3) Aquelas que recebam o subsídio às despesas médicas etc.
4) Prêmio de seguro etc.

*Por favor, consulte a lista na página seguinte para verificar os principais itens não cobertos pelo seguro de saúde pública do Japão. As despesas de tratamento que utilizam porcelana, zircônia, cerâmica, etc., serão calculadas com base nos materiais de seguro utilizados no Japão.

[Principais itens não cobertos pelo seguro de saúde pública do Japão]

○ Aqueles que não são reconhecidos como um tratamento médico • Taxa do quarto especial na hospitalização • Custo do vestido do hospital, Custo de fraldas • Taxa de documentos, Taxa de emissão de certificados • Taxa de instituição de cuidados de idosos ou portadores de deficiência, despesas com os cuidados, e adiantamento das despesas para entrada na instituição • Despesas para entrada em lar para idosos ○ Tratamentos médicos e próteses que não são subsidiados • Despesas de tratamentos de implante ou custos de suplementos • Taxa de estacionamento • Custo de transporte sem tratamento médico • Despesas de medicamentos sem prescrição • Despesas de exame de saúde não para fins terapêuticos • Vacinação • Tratamentos médicos avançados • Custo das bolsas de colostomia e urostomia • Óculos ou aparelhos auditivos, aparelhos auxiliares como andadores, cadeiras de rodas etc.

(3) Procedimento para requerimento

Utilizar os documentos de cor rosa

(4) Outros

- ○ A solicitação do subsídio às despesas médicas em conformidade com a Lei poderá ser efetuada mesmo que não tenha sido ultrapassado o limite de 300 mil ienes anuais.
- ○ Com relação aos períodos abaixo, pode ser obtido o pagamento de despesas médicas, após realizada avaliação, mediante requerimento anexando os documentos necessários e em conformidade com a Lei.
  - • Período, desde o ano de 2004, em que não tenha recebido o pagamento do subsídio às despesas médicas
  - • Período da aquisição da carteira de saúde de vítima da bomba atômica ao ano de 2003

Pagamento de despesas médicas às vítimas de bomba atômica residentes no exterior

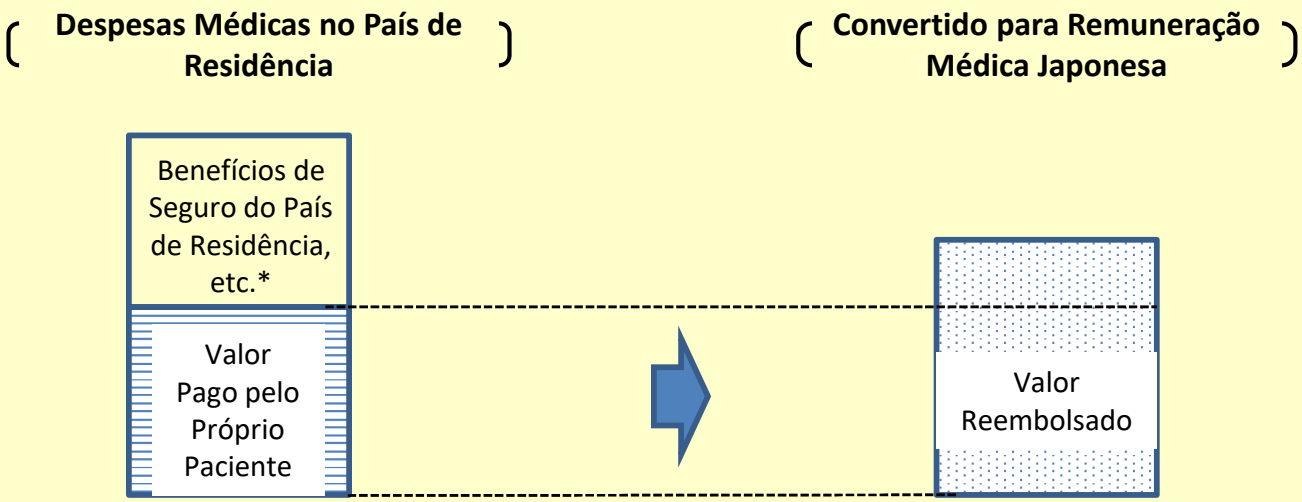
(Referência)

【Método de Cálculo】

① Quando o conteúdo do atendimento médico no país de residência é semelhante ao conteúdo do atendimento médico no Japão, e o valor convertido para a remuneração médica japonesa excede o valor pago pelo próprio paciente

⇒ Reembolso total do valor pago pelo próprio paciente

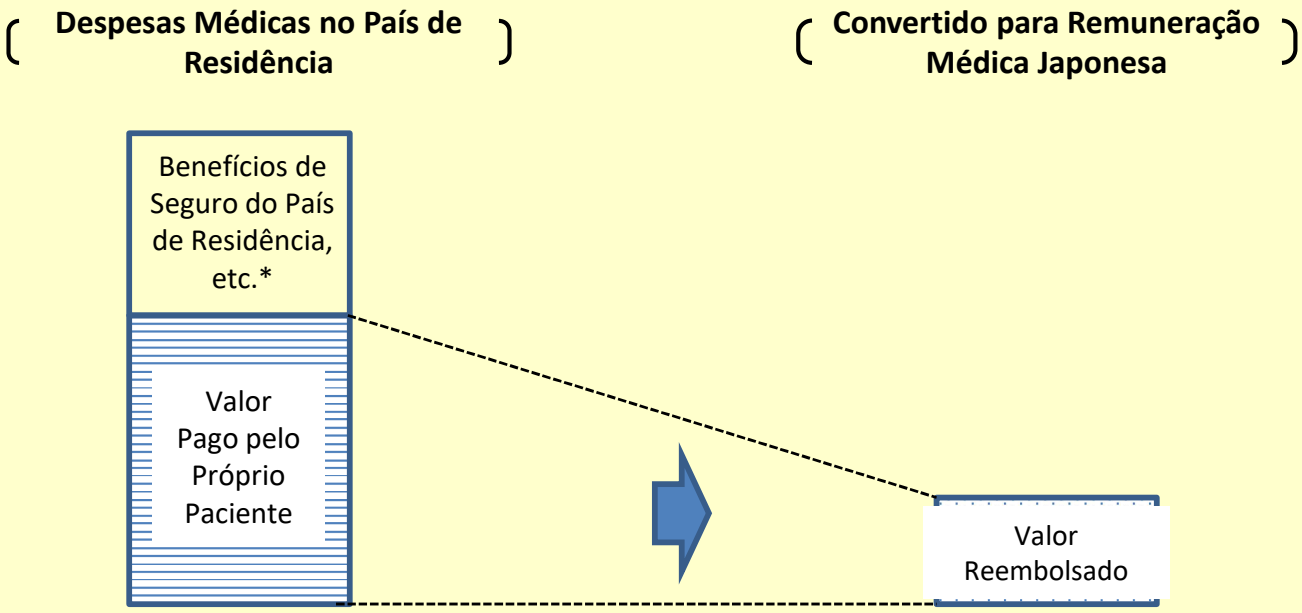
***Mesmo quando convertido para a remuneração médica japonesa, se o valor exceder o valor pago pelo próprio paciente, o valor equivalente ao valor pago pelo próprio paciente será reembolsado**



② Quando o conteúdo do atendimento médico no país de residência é consideravelmente mais caro do que o conteúdo do atendimento médico no Japão

⇒ Reembolso de uma parte do valor pago pelo próprio paciente

***Quando o valor pago pelo próprio paciente excede o valor reembolsado, o valor total convertido para a remuneração médica japonesa será reembolsado**



*Os benefícios de seguro incluem benefícios de seguro público, benefícios de seguro privado e outros benefícios relacionados ao atendimento médico.

Procedimento de Solicitação do Subsídio às Despesas Médicas (prêmio de seguro)
Solicitação simples e prática através de comprovantes de pagamento ou recibos

◆ Certifique-se de apresentar os documentos descritos nos itens 1 a 6.

Concluído	Número	Documento
□	1	Formulário de solicitação do pagamento do subsídio às despesas médicas e formulário de confirmação de beneficiário do programa (Formulário 1)
□	2	Documentos de comprovação da conta bancária para depósito (cópia de caderneta bancária, cheque etc.)
□	3	Detalhamento da solicitação de pagamento do subsídio às despesas médicas No caso de pagamento mensal: Formulário 1-2 No caso de pagamento não mensal: Formulário 1-3
□	4	Recibo de pagamento do prêmio de seguro em que conste os 4 itens a seguir: 1) Valor pago. 2) Nome da pessoa que pagou o prêmio de seguro (devendo ser o mesmo do solicitante). Em caso de haver também prêmio de seguro de outros que não o solicitante, explicitar sublinhando apenas a parte do solicitante. 3) O nome, endereço e telefone da empresa seguradora. 4) Data do pagamento.
□	5	Cópia da apólice de seguro * O seguro médico, cujo período de cobertura inclua o período de janeiro a dezembro de 2024.
□	6	Cópia de um dos seguintes documentos: carteira de saúde de vítima da bomba atômica, comunicado de confirmação da condição de beneficiário do programa, comprovante da condição de vítima da bomba atômica

Caso necessário, apresente os seguintes documentos descritos nos itens 7 a 12.

□	7	Documento de identificação pessoal * Aqueles que não estiverem recebendo os respectivos auxílios (auxílio de controle da saúde, auxílio de saúde, auxílio especial de tratamento médico ou do auxílio especial) devem apresentar um dos seguintes documentos: ・ Certidão do registro familiar (*koseki tohon/shohon*) ou certificados expedidos por cartório (Notary public); ・ Autorização de residência do estrangeiro ou comprovante de residência, entre outros (emitido até um mês antes da data do requerimento).
□	8	Notificação de alteração dos dados cadastrais (Formulário 2) * Apresente-o somente se houver alteração de endereço ou outros dados.
□	9	Formulário de solicitação de pagamento (para a solicitação após o falecimento) (Formulário 3) * Apresente o documento 9 em vez do documento 1
□	10	Notificação de óbito (Formulário 4) * Anexar documento comprovando a data do óbito (certidão de óbito expedida por órgão público ou hospital).
□	11	Documento que comprove a relação familiar ou direito de herança
□	12	Documento comprovando a conta bancária do beneficiário (necessário que o titular da conta seja o solicitante instituído após o óbito do beneficiário original) * Por favor, apresente os documentos de 9 a 12 somente na solicitação das despesas médicas de vítima da bomba atômica realizada por familiar enlutado.

◆Tempo de apresentação da solicitação

O prazo final para **entrega do formulário de solicitação é 31 de janeiro de 2025, sexta-feira**

Até o prazo final para entrega, é possível realizar a solicitação quantas vezes for necessário, até que seja atingido o limite de pagamento de 300 mil ienes anuais.

Após o recebimento da solicitação, haverá análise por ordem de chegada, porém o procedimento requer tempo. Assim, deve-se aguardar, a partir da solicitação, até que o pagamento seja efetivamente realizado. Contamos com sua compreensão.

[Destinatário de entrega dos documentos de solicitação do subsídio às despesas médicas (prêmio de seguro)]

Programa de Assistência Médica às Vítimas de Bomba Atômica Residentes no Exterior
(Zaigai Hibakusha Hoken Iryo Josei Jigyo Tanto-kakari)
Associação de Saúde Pública do Japão
(Ippan Zaidan Hojin Nihon Koshu Eisei Kyokai)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo 160-0022, Japão

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

Programa de Assistência Médica às Vítimas de Bomba Atômica Residentes no Exterior
(Áziga Hibakusha Hoken Iryo Josei Jigyo Tanto-kakari)
Associação de Saúde Pública do Japão
(Ippan Zaidan Hojin Nihon Koshu Eisei Kyokai)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo 160-0022, Japão

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

Programa de Assistência Médica às Vítimas de Bomba Atômica Residentes no Exterior
(Zaigai Hibakusha Hoken Iryo Josei Jigyo Tanto-kakari)
Associação de Saúde Pública do Japão
(Ippan Zaidan Hojin Nihon Koshu Eisei Kyokai)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo 160-0022, Japão

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

Programa de Assistência Médica às Vítimas de Bomba Atômica Residentes no Exterior
(Zaigai Hibakusha Hoken Iryo Josei Jigyo Tanto-kakari)
Associação de Saúde Pública do Japão
(Ippan Zaidan Hojin Nihon Koshu Eisei Kyokai)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo 160-0022, Japão

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

Corte na linha pontilhada e utilize-o como uma etiqueta para o envio.

Em caso de inclusão de múltiplas solicitações, realize com antecedência as cópias dos formulários constantes entre as páginas 3 e 9 (cópias podem ser realizadas em papel de cor branca). Ou então, por favor, solicite o envio de formulários de solicitação adicionais à Associação Japonesa para Saúde Pública.

Formulário 1

Formulário de solicitação de pagamento do subsídio às despesas médicas e formulário de confirmação de beneficiário do programa (prêmio de seguro)

Número do comunicado de confirmação de beneficiário do programa			-					
Caso seja sua primeira solicitação e não possua número do comunicado de confirmação de beneficiário do programa, preencha um dos números a seguir e anexe uma cópia.								
Número da caderneta de vítima de bomba atômica Número de beneficiário de subsídio médico público								
Número do certificado de situação para vítima de bomba atômica (ou do certificado de vítima de bomba atômica)								

Nome		Data de Nascimento Dia/Mês/Ano	/ /	Sexo M/F
País de residência				
Endereço				
Telefone				
E-mail				
Nome, E-mail e Telefone da pessoa que pode ser contatada, além do próprio solicitante				

Conta corrente para depósito *1	Nome do Banco	
	Nome da Agência	
	Endereço da Agência	
	Número da conta corrente	
	Nome do titular da conta	
	Código SWIFT/BIC	
	Código IBAN *2	
Valor solicitado	Moeda local	(unidade)

***1 · Deve anexar a cópia da caderneta do banco, etc. ou um documento que permita identificar sua conta corrente.**
· O titular da conta deverá ser o próprio solicitante.
*2 Deve ser preenchido somente por aqueles que residem na América do Sul ou na Europa.

Solicito, conforme disposto acima, a concessão do subsídio às despesas médicas referentes ao ano de 2024. Envio anexada toda a documentação relativa à solicitação.

Data: Dia _____ Mês _____ Ano ____
Nome do solicitante:

_____

*** O campo referente à assinatura deve ser preenchido pelo próprio solicitante.**

(No caso de solicitação por representante)
Nome do representante: _____
Telefone de contato do representante: _____
* Por favor, deve ser preenchido o telefone de contato do representante que seja possível entrar em contato impreterivelmente

Ao Excelentíssimo Senhor Governador da Província de Hiroshima

Formulário 1-2

Detalhamento da solicitação (Em caso de pagamento mensal)

	Valor	Resumo
Janeiro		
Fevereiro		
Março		
Abril		
Maio		
Junho		
Julho		
Agosto		
Setembro		
Outubro		
Novembro		
Dezembro		
Valor total		

Nota 1: Os comprovantes e recibos deverão ser separados por mês e colados em papel para colagem dos recibos da página 6 (formulário 1-4).
Nota 2: Preencha os valores em moeda local.

○ Assinale com um círculo o item correspondente.

- Tipo de plano do seguro de saúde:
  a) Individual
  b) Familiar para casal sem filhos
  c) Familiar para casal com filhos (número de associados:)
  d) Outro tipo de plano (número de associados:)
- Pagamento do prêmio de seguro:
  a) somente do valor correspondente ao plano do segurado
  b) do valor integral relativo ao plano familiar ao casal sem filhos
  c) do valor integral relativo ao plano familiar para casal com filhos
  d) outras formas de pagamento
  (Especificar:)

Formulário 1-3

Detalhamento da solicitação (em caso de pagamento não mensal)

Valor	Período em que efetuou o pagamento ao prêmio de seguro
	_____ de _____ a _____ de _____ (Mês/Ano)
	_____ de _____ a _____ de _____ (Mês/Ano)
	_____ de _____ a _____ de _____ (Mês/Ano)
	_____ de _____ a _____ de _____ (Mês/Ano)
	_____ de _____ a _____ de _____ (Mês/Ano)
	_____ de _____ a _____ de _____ (Mês/Ano)

Nota 1: O "Período em que efetuou o pagamento ao prêmio de seguro" refere-se ao período coberto pelo seguro. Preencha o mês e o ano de início e término do período de cobertura.

Nota 2: Preencha o valor em moeda do país de residência.

○ Assinale com um círculo o item correspondente.

- Tipo de plano do seguro de saúde:
  a) Individual
  b) Familiar para casal sem filhos
  c) Familiar para casal com filhos (número de associados:)
  d) Outro tipo de plano (número de associados:)
- Sobre a forma de pagamento da taxa do seguro:
  a) somente do valor correspondente ao plano do segurado
  b) do valor integral relativo ao plano familiar ao casal sem filhos
  c) do valor integral relativo ao plano familiar para casal com filhos
  d) outras formas de pagamento (Especificar:)

Formulário 1-4

Papel para colagem dos recibos referentes ao mês de ( )

Nota 1: Os comprovantes de pagamento ou recibos das despesas deverão conter os 4 itens abaixo:

1) O valor pago
2) O nome do pagante (deverá ser idêntico ao nome do solicitante.)
3) O nome, endereço e telefone da empresa seguradora
4) Data de pagamento

Nota 2: Atenção: Os comprovantes de pagamento ou recibos não serão devolvidos em hipótese alguma.

Nota 3: Faça cópias desta página e apresente 1 papel para cada mês. Papéis diferentes do presente formulário poderão ser utilizados, desde que haja clara indicação do mês.

Formulário 2

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

Data: Dia _____ Mês _____ Ano ____

Ao Excelentíssimo Senhor Governador da Província de Hiroshima

Endereço (depois da alteração):_____

Nome (depois da alteração):

_____

※ O campo referente à assinatura deve ser preenchido pelo próprio solicitante.

Preencha somente os itens em que houve alteração.

Número do comunicado de confirmação de beneficiário do programa				-					
Nome	Antigo nome								
	Novo nome								
Endereço	Antigo endereço								
	Novo endereço								
Número de telefone	Antigo número	(Preencha a partir do código do país)							
	Novo número	(Preencha a partir do código do país)							
Data da alteração		Dia Mês Ano							

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

* Esta notificação destina-se à solicitação do programa de subsídio às despesas médicas. Procedimentos relacionados a municipalidades emissoras de Caderneta para Vítimas da Bomba Atômica devem ser realizados à parte.

Formulário 3

Solicitação de pagamento (prêmio de seguro) (após o óbito)

1. Preencha as informações sobre a vítima da bomba atômica por quem requer a solicitação.

Número do comunicado de confirmação de beneficiário do programa					-				
Nome		Data de Nascimento Dia/Mês/Ano	/ /				Sexo M/F		
Endereço									

2. Preencha sobre o solicitante.

Nome		Relação de parentesco com o beneficiário falecido	
País de residência			
Endereço			
Telefone	(Preencher a partir do código do país)		
E-mail			
Conta para Depósito *1	Nome da instituição financeira		
	Nome da sede/agência		
	Endereço da Agência		
	Número da conta corrente		
	Nome do titular		
	Código SWIFT/BIC		
	Código IBAN *2		
Valor de requerimento	Moeda local		(unidades)

O solicitante deverá anexar um documento que comprove que é o herdeiro da vítima da bomba atômica que faleceu.

***1 · Deve anexar a cópia da caderneta do banco, etc. ou um documento que permita identificar sua conta corrente.**

· O titular da conta deverá ser o próprio solicitante.

*2 Deve ser preenchido somente por aqueles que residem na América do Sul ou na Europa.

Solicito, conforme disposto acima, a concessão do subsídio às despesas médicas para o/a falecido/a _____ referentes ao ano de 2024. Envio anexada toda a documentação relativa à solicitação.

Por acaso, se ocorrer uma disputa em relação ao subsídio às despesas médicas após o seu recebimento, juro que assumirei todas as responsabilidades, além de não impor a responsabilidade ao Senhor Governador da Província de Hiroshima.

Data: Ano Mês Dia

Nome do solicitante

_____

*** O campo referente à assinatura deve ser preenchido pelo próprio solicitante.**

Ao Excelentíssimo Senhor Governador da Província de Hiroshima

Formulário 4

Notificação de óbito

Data: Ano Mês Dia

Ao Excelentíssimo Senhor Governador da Província de Hiroshima

Comunico o óbito nos termos abaixo, anexando os documentos comprobatórios.

Nome		Relacionamento com a vítima da bomba atômica	
País de residência			
Endereço			
Telefone	(Preencher a partir do código do país)		

Dados do falecido	Número do comunicado de confirmação de beneficiário do programa			-						
	Nome									
	Local de residência por ocasião do falecimento									
	Data do óbito									

* Anexar documento comprovando a data do óbito (certidão de óbito expedida por órgão público ou hospital).
* Esta notificação destina-se à solicitação do programa de subsídio às despesas médicas. Procedimentos relacionados a municipalidades emissoras de Caderneta para Vítimas da Bomba Atômica devem ser realizados à parte.
* Necessário devolver o comunicado de confirmação de beneficiário do programa.

Procedimento de Solicitação do Subsídio às Despesas Médicas (despesas médicas)
Solicitação simples e prática através de comprovantes de pagamento ou recibos

◆ Certifique-se de apresentar os documentos descritos nos itens 1 a 6.

Concluído	Número	Documento
□	1	Formulário de solicitação de pagamento do subsídio às despesas médicas e formulário de confirmação de beneficiário do programa (Formulário 5)
□	2	Documentos de comprovação da conta bancária para depósito (cópia de caderneta bancária, cheque etc.)
□	3	Detalhamento do requerimento (Formulário 5-2)
□	4	Recibo de pagamento em que conste os 4 itens a seguir: 1) Valor pago. 2) Nome da pessoa que recebeu o tratamento (devendo ser o mesmo do solicitante). Em caso de haver também despesas médicas de outros que não o solicitante, explicitar sublinhando apenas a parte do solicitante. 3) Nome, endereço e telefone da instituição médica. * Caso necessário, anexe os seguintes documentos também: • Quando comprou os medicamentos na farmácia por prescrição de um médico: Prescrição • Quando recebeu o benefício de seguros privados: Certificado do benefício de seguros 4) Data do pagamento
□	5	Cópia de um dos seguintes documentos: carteira de saúde de vítima da bomba atômica, comunicado de confirmação da condição de beneficiário do programa, comprovante da condição de vítima da bomba atômica
□	6	Relação das instituições de saúde utilizadas (Formulário 6)

Caso necessário, apresente os seguintes documentos descritos nos itens 7 a 12.

□	7	Documento de identificação pessoal * Aqueles que não estiverem recebendo os respectivos auxílios (auxílio de controle da saúde, auxílio de saúde, auxílio especial de tratamento médico ou do auxílio especial) devem apresentar um dos seguintes documentos: ・ Certidão do registro familiar (*koseki tohon/shohon*) ou certificados expedidos por cartório (Notary public). ・ Autorização de residência do estrangeiro ou comprovante de residência, entre outros (emitido até um mês antes da data do requerimento).
□	8	Notificação de alteração dos dados cadastrais (Formulário 7) * Apresente-o somente se houver alteração de endereço ou outros dados.
□	9	Formulário de solicitação de pagamento do subsídio às despesas médicas (para a solicitação após o falecimento) (Formulário 8) * Apresente o documento 9 em vez do documento 1
□	10	Notificação de óbito (Formulário 9) * Anexar documento comprovando a data do óbito (certidão de óbito que foi expedida por órgão público ou hospital).
□	11	Documento que comprove a relação familiar ou direito de herança
□	12	Documento comprovando a conta bancária do beneficiário (necessário que o titular da conta seja o solicitante instituído após o óbito do beneficiário original) * Por favor, apresente os documentos de 9 a 12 somente na solicitação das despesas médicas de vítima da bomba atômica realizada por familiar enlutado.

◆ Tempo de apresentação da solicitação

O prazo final para entrega do formulário de solicitação é 31 de janeiro de 2025, sexta-feira

Até o prazo final para entrega, é possível realizar a solicitação quantas vezes for necessário, até que seja atingido o limite de pagamento de 300 mil ienes anuais.

Após o recebimento da solicitação, haverá análise por ordem de chegada, porém o procedimento requer tempo. Assim, deve-se aguardar, a partir da solicitação, até que o pagamento seja efetivamente realizado. Contamos com sua compreensão.

[Destinatário de entrega dos documentos de solicitação do subsídio às despesas médicas (despesas médicas)]

Programa de Assistência Médica às Vítimas de Bomba Atômica Residentes no Exterior
(Zaigai Hibakusha Hoken Iryo Josei Jigyo Tanto-kakari)
Associação de Saúde Pública do Japão
(Ippan Zaidan Hojin Nihon Koshu Eisei Kyokai)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo 160-0022, Japão

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

Programa de Assistência Médica às Vítimas de Bomba Atômica Residentes no Exterior
(Zaigai Hibakusha Hoken Iryo Josei Jigyo Tanto-kakari)
Associação de Saúde Pública do Japão
(Ippan Zaidan Hojin Nihon Koshu Eisei Kyokai)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo 160-0022, Japão

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

Programa de Assistência Médica às Vítimas de Bomba Atômica Residentes no Exterior
(Zaigai Hibakusha Hoken Iryo Josei Jigyo Tanto-kakari)
Associação de Saúde Pública do Japão
(Ippan Zaidan Hojin Nihon Koshu Eisei Kyokai)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo 160-0022, Japão

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

Programa de Assistência Médica às Vítimas de Bomba Atômica Residentes no Exterior
(Zaigai Hibakusha Hoken Iryo Josei Jigyo Tanto-kakari)
Associação de Saúde Pública do Japão
(Ippan Zaidan Hojin Nihon Koshu Eisei Kyokai)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo 160-0022, Japão

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

Corte na linha pontilhada e utilize-o como uma etiqueta para o envio.

Em caso de inclusão de múltiplas solicitações, realize com antecedência as cópias dos formulários constantes entre as páginas 3 e 9 (cópias podem ser realizadas em papel de cor branca). Ou então, por favor, solicite o envio de formulários de solicitação adicionais à Associação Japonesa para Saúde Pública.

Formulário 5

Formulário de solicitação de pagamento do subsídio às despesas médicas e formulário de confirmação de beneficiário do programa (despesas Médicas)

Número do comunicado de confirmação de beneficiário do programa			-					
Caso seja sua primeira solicitação e não possua número do comunicado de confirmação de beneficiário do programa, preencha um dos números a seguir e anexe uma cópia.								
Número da caderneta de vítima de bomba atômica Número de beneficiário de subsídio médico público								
Número do certificado de situação para vítima de bomba atômica (ou do certificado de vítima de bomba atômica)								

Nome		Data de Nascimento Dia/Mês/Ano	/ /	Sexo M/F
País de residência				
Endereço				
Telefone				
E-mail				
Nome, E-mail e Telefone da pessoa que pode ser contatada, além do próprio solicitante				
Conta corrente para depósito *1	Nome do Banco			
	Nome da Agência			
	Endereço da Agência			
	Número da conta corrente			
	Nome do titular da conta			
	Código SWIFT/BIC			
	Código IBAN *2			
Valor solicitado	Moeda local		(unidade)	

***1 · Deve anexar a cópia da caderneta do banco, etc. ou um documento que permita identificar sua conta corrente.**
· O titular da conta deverá ser o próprio solicitante.
***2 Deve ser preenchido somente por aqueles que residem na América do Sul ou na Europa.**

Solicito, conforme disposto acima, a concessão do subsídio às despesas médicas referentes ao ano de 2024. Envio anexada toda a documentação relativa à solicitação.

Data: Dia Mês Ano

Nome do solicitante:

*** O campo referente à assinatura deve ser preenchido pelo próprio solicitante.**

(No caso de solicitação por representante)

Nome do representante:

Telefone de contato do representante:

* Por favor, deve ser preenchido o telefone de contato do representante que seja possível entrar em contato impreterivelmente

Ao Excelentíssimo Senhor Governador da Província de Hiroshima

Formulário 5-2

Detalhamento da solicitação (despesas Médicas)

	Valor	Descrição (Em caso de internação, incluir o nome do hospital)
Janeiro		
Fevereiro		
Março		
Abril		
Maio		
Junho		
Julho		
Agosto		
Setembro		
Outubro		
Novembro		
Dezembro		
Valor total		

Note 1: Os comprovantes de pagamento ou recibos deverão ser separados por mês e colados em papel para colagem dos recibos da página 5 (formulário 5-3).

Note 2: Preencha os valores em moeda local.

Formulário 5-3

Papel para colagem dos recibos referentes ao mês de ( )

Nota 1: **Os comprovantes de pagamento ou recibos das despesas deverão conter os 4 itens abaixo:**

1) O valor pago
2) O nome do pagante (deverá ser idêntico ao nome do solicitante.)
3) O nome, endereço e telefone da instituição de saúde
4) Data de pagamento

Nota 2: Atenção: Os comprovantes de pagamento ou recibos não serão devolvidos em hipótese alguma.

Nota 3: Faça cópias desta página e apresente 1 papel para cada mês. Papéis diferentes do presente formulário poderão ser utilizados, desde que haja clara indicação do mês.

Formulário 6

Relação das instituições de saúde utilizadas

(Preencha a instituição médica de onde está sendo atendido atualmente ou onde normalmente costuma ser atendido)

Data: Dia _____ Mês _____ Ano _____

Ao Excelentíssimo Senhor Governador da Província de Hiroshima

País de residência: _____

Endereço do solicitante: _____

Nome do solicitante: _____

Telefone:

_____

Nome da instituição de saúde	Endereço da instituição de saúde	Telefone

Formulário 7

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

Data: Dia _____ Mês _____ Ano ____

Ao Excelentíssimo Senhor Governador da Província de Hiroshima

Endereço (depois da alteração):_____

Nome (depois da alteração):

_____

*** O campo referente à assinatura deve ser preenchido pelo próprio solicitante.**

Preencha somente os itens em que houve alteração.

Número do comunicado de confirmação de beneficiário do programa				–					
Nome	Antigo nome								
	Novo nome								
Endereço	Antigo endereço								
	Novo endereço								
Número de telefone	Antigo número	(Preencha a partir do código do país)							
	Novo número	(Preencha a partir do código do país)							
Data da alteração		Dia Mês Ano							

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

* Esta notificação destina-se à solicitação do programa de subsídio às despesas médicas. Procedimentos relacionados a municipalidades emissoras de Caderneta para Vítimas da Bomba Atômica devem ser realizados à parte.

Formulário 8

Solicitação de pagamento (despesas médicas) (após o óbito)

1. Preencha as informações sobre a vítima da bomba atômica por quem requer a solicitação.

Número do comunicado de confirmação de beneficiário do programa				-					
Nome		Data de Nascimento Dia/Mês/Ano	/ /				Sexo M/F		
Endereço									

2. Preencha sobre o solicitante.

Nome		Relação de parentesco com o beneficiário falecido	
País de residência			
Endereço			
Telefone	(Preencher a partir do código do país)		
E-mail			
Conta para Depósito *1	Nome da instituição financeira		
	Nome da sede/agência		
	Endereço da Agência		
	Número da conta corrente		
	Nome do titular		
	Código SWIFT/BIC		
	Código IBAN *2		
Valor de requerimento	Moeda local (unidades)		

O solicitante deverá anexar um documento que comprove que é o herdeiro da vítima da bomba atômica que faleceu.

***1 · Deve anexar a cópia da caderneta do banco, etc. ou um documento que permita identificar sua conta corrente.**

· O titular da conta deverá ser o próprio solicitante.

***2 Deve ser preenchido somente por aqueles que residem na América do Sul ou na Europa.**

Solicito, conforme disposto acima, a concessão do subsídio às despesas médicas para o/a falecido/a _____ referentes ao ano de 2024. Envio anexada toda a documentação relativa à solicitação.

Por acaso, se ocorrer uma disputa em relação ao subsídio às despesas médicas após o seu recebimento, juro que assumirei todas as responsabilidades, além de não impor a responsabilidade ao Senhor Governador da Província de Hiroshima.

Data: Ano Mês Dia

Nome do solicitante

_____

*** O campo referente à assinatura deve ser preenchido pelo próprio solicitante.**

Ao Excelentíssimo Senhor Governador da Província de Hiroshima

Formulário 9

Notificação de óbito

Data:　　Ano　　Mês　　Dia

Ao Excelentíssimo Senhor Governador da Província de Hiroshima

Comunico o óbito nos termos abaixo, anexando os documentos comprobatórios.

Nome		Relacionamento com a vítima da bomba atômica	
País de residência			
Endereço			
Telefone	(Preencher a partir do código do país)		

Dados do falecido	Número do comunicado de confirmação de beneficiário do programa				—					
	Nome									
	Local de residência por ocasião do falecimento									
	Data do óbito									

* Anexar documento comprovando a data do óbito (certidão de óbito que foi expedida por órgão público ou hospital).
* Esta notificação destina-se à solicitação do programa de subsídio às despesas médicas. Procedimentos relacionados a municipalidades emissoras de Caderneta para Vítimas da Bomba Atômica devem ser realizados à parte.
* Necessário devolver o comunicado de confirmação de beneficiário do programa.

Procedimento de Solicitação de Despesas Médicas com Base na Lei
Solicitação no caso de acima de 300 mil ienes

◆ Certifique-se de apresentar os documentos descritos nos itens 1 a 6.

Concluído	Número	Documento
□	1	Formulário de solicitação de pagamento de Despesas Médicas/Despesas Médicas de Doenças Gerais e formulário de confirmação de beneficiário do programa (Formulário 10)
□	2	Documentos de comprovação da conta bancária para depósito (cópia de caderneta bancária, cheque etc.)
□	3	Recibo de pagamento em que conste os 4 itens a seguir: 1) Valor pago. 2) Nome da pessoa que recebeu o tratamento (devendo ser o mesmo do solicitante). Em caso de haver também despesas médicas de outros que não o solicitante, explicitar sublinhando apenas a parte do solicitante. 3) Nome, endereço e telefone da instituição médica. * Caso necessário, anexe os seguintes documentos também: • Quando comprou os medicamentos na farmácia por prescrição de um médico: Prescrição • Quando recebeu o benefício de seguros privados: Certificado do benefício de seguros 4) Data do pagamento.
□	4	Documentos como o atestado médico que contém o nome da doença e o conteúdo do tratamento
□	5	Cópia da carteira de saúde de vítima da bomba atômica

Caso necessário, apresente os seguintes documentos descritos nos itens 6 a 12:

□	6	Cópia da certificação * Apresente-a somente se for o beneficiário do auxílio especial de tratamento médico.
□	7	Documento de identificação pessoal * Aqueles que não estiverem recebendo os respectivos auxílios (auxílio de controle da saúde, auxílio de saúde, auxílio especial de tratamento médico ou do auxílio especial) devem apresentar um dos seguintes documentos: ・ Certidão do registro familiar (*koseki tohon/shohon*) ou certificados expedidos por cartório (Notary public). ・ Autorização de residência do estrangeiro ou comprovante de residência, entre outros (emitido até um mês antes da data do requerimento).
□	8	Notificação de alteração dos dados cadastrais (Formulário 11) *Apresente-o somente se houver alteração de endereço ou outros dados.
□	9	Formulário de solicitação de pagamento (para a solicitação após o falecimento) (Formulário 12) * Apresente o documento 9 em vez do documento 1
□	10	Notificação de óbito (Formulário 13) * Anexar documento comprovando a data do óbito (certidão de óbito expedida por órgão público ou hospital).
□	11	Documento que comprove a relação familiar ou direito de herança
□	12	Documento comprovando a conta bancária do beneficiário (necessário que o titular da conta seja o solicitante instituído após o óbito do beneficiário original) * Por favor, apresente os documentos de 9 a 12 somente na solicitação das despesas médicas de vítima da bomba atômica realizada por familiar enlutado.

◆ Tempo de apresentação da solicitação

As solicitações serão examinadas e pagas em ordem da sua apresentação.

No entanto, levará uma quantidade considerável de tempo para estimar o valor das despesas médicas caso tenha recebido um tratamento semelhante no Japão. Assim, deve-se aguardar, a partir da solicitação, até que o pagamento seja efetivamente realizado. Solicitamos a sua compreensão.

[Destinatário de entrega dos documentos de solicitação do subsídio às despesas médicas com base em Lei específica]

Programa de Assistência Médica às Vítimas de Bomba Atômica Residentes no Exterior
*(*Zaigai *Hibakusha Hoken Iryo Josei Jigyo Tanto-kakari)*
Associação de Saúde Pública do Japão
(Ippan Zaidan *Hojin Nihon Koshu Eisei Kyokai)*
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo 160-0022, Japão

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

Programa de Assistência Médica às Vítimas de Bomba Atômica Residentes no Exterior
*(*Zaigai *Hibakusha Hoken Iryo Josei Jigyo Tanto-kakari)*
Associação de Saúde Pública do Japão
(Ippan Zaidan *Hojin Nihon Koshu Eisei Kyokai)*
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo 160-0022, Japão

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

Programa de Assistência Médica às Vítimas de Bomba Atômica Residentes no Exterior
*(*Zaigai *Hibakusha Hoken Iryo Josei Jigyo Tanto-kakari)*
Associação de Saúde Pública do Japão
(Ippan Zaidan *Hojin Nihon Koshu Eisei Kyokai)*
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo 160-0022, Japão

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

Programa de Assistência Médica às Vítimas de Bomba Atômica Residentes no Exterior
*(*Zaigai *Hibakusha Hoken Iryo Josei Jigyo Tanto-kakari)*
Associação de Saúde Pública do Japão
(Ippan Zaidan *Hojin Nihon Koshu Eisei Kyokai)*
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo 160-0022, Japão

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

Corte na linha pontilhada e utilize-o como uma etiqueta para o envio.

Em caso de inclusão de múltiplas solicitações, realize com antecedência as cópias dos formulários constantes entre as páginas 3 e 6 (cópias podem ser realizadas em papel de cor branca). Ou então, por favor, solicite o envio de formulários de solicitação adicionais à Associação Japonesa para Saúde Pública.

Formulário 10

Formulário de solicitação de pagamento de Despesas Médicas/Despesas Médicas de Doenças Gerais e formulário de confirmação de beneficiário do programa

Número do comunicado de confirmação de beneficiário do programa			-					
Caso seja sua primeira solicitação e não possua número do comunicado de confirmação de beneficiário do programa, preencha um dos números a seguir e anexe uma cópia								
Número da caderneta de vítima de bomba atômica Número de beneficiário de subsídio médico público								
Número do certificado de situação para vítima de bomba atômica (ou do certificado de vítima de bomba atômica)								

Nome		Data de Nascimento Dia/Mês/Ano	/ /	Sexo M/F
País de residência				
Endereço				
Telefone				
E-mail				
Nome, E-mail e Telefone da pessoa que pode ser contatada, além do próprio solicitante				

Conta corrente para depósito *1	Nome do Banco	
	Nome da Agência	
	Endereço da Agência	
	Número da conta corrente	
	Nome do titular da conta	
	Código SWIFT/BIC	
	Código IBAN *2	

Certificação de doenças causadas pela bomba atômica no momento desta solicitação	Sim / Não
Valor solicitado	Moeda local (unidade)

***1 · Deve anexar a cópia da caderneta do banco, etc. ou um documento que permita identificar sua conta corrente.**
· O titular da conta deverá ser o próprio solicitante.
***2 Deve ser preenchido somente por aqueles que residem na América do Sul ou na Europa.**

Solicito, conforme disposto acima, a concessão do pagamento das despesas médicas (despesa médica de doenças gerais) em conformidade com as disposições do artigo 17 (e do artigo 18) da Lei de Assistência às Vítimas de Bomba Atômica. Envio em anexo toda a documentação relativa à solicitação. Além disso, delego o recebimento da despesa médica (despesa médica de doenças gerais) paga à Associação de Saúde Pública do Japão.

Data: Dia Mês Ano

Nome do solicitante:

*** O campo referente à assinatura deve ser preenchido pelo próprio solicitante.**

(No caso de solicitação por representante)

Nome do representante:

Telefone de contato do representante:

* Por favor, deve ser preenchido o telefone de contato do representante que seja possível entrar em contato impreterivelmente

Ao Excelentíssimo Senhor Governador da Província de Hiroshima

Formulário 11

Notificação de alteração dos dados cadastrais

(alteração do nome, endereço, telefone)

Data: Dia _____ Mês _____ Ano ____

Ao Excelentíssimo Senhor Governador da Província de Hiroshima

Endereço (depois da alteração):_____

Nome (depois da alteração):

_____

*** O campo referente à assinatura deve ser preenchido pelo próprio solicitante.**

Preencha somente os itens em que houve alteração.

Número do comunicado de confirmação de beneficiário do programa				-					

Nome	Antigo nome	
	Novo nome	
Endereço	Antigo endereço	
	Novo endereço	
Número de telefone	Antigo número	(Preencha a partir do código do país)
	Novo número	(Preencha a partir do código do país)
Data da alteração		Dia Mês Ano

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

* Esta notificação destina-se à solicitação de Programa de Assistência Médica, procedimentos relacionados a municipalidades emissoras de Caderneta para Vítimas da Bomba Atômica devem ser realizados à parte.

Formulário 12

Formulário de solicitação de pagamento de Despesas Médicas/ Despesas Médicas de Doenças Gerais (após o óbito)

1. Preencha as informações sobre a vítima da bomba atômica por quem requer a solicitação.

Número do comunicado de confirmação de beneficiário do programa				-					

furigana		Data de Nascimento Dia/Mês/Ano	/ /	Sexo
Nome				M/F
Endereço				

2. Preencha sobre o solicitante.

furigana		Relação de parentesco com o beneficiário falecido	
Nome			
País de residência			
Endereço			
Telefone	(Preencher a partir do código do país)		
E-mail			
Conta para Depósito *1	Nome da instituição financeira		
	Nome da sede/agência		
	Endereço da Agência		
	Número da conta corrente		
	Nome do titular		
	Código SWIFT/BIC		
	Código IBAN *2		
Valor de requerimento	Moeda local	(unidades)	

O solicitante deverá anexar um documento que comprove que é o herdeiro da vítima da bomba atômica que faleceu.

***1 · Deve anexar a cópia da caderneta do banco, etc. ou um documento que permita identificar sua conta corrente.**

· O titular da conta deverá ser o próprio solicitante.

*2 Deve ser preenchido somente por aqueles que residem na América do Sul ou na Europa.

Solicito, conforme disposto acima, a concessão do pagamento das despesas médicas (despesa médica de doenças gerais) para o/a falecido/a _____ em conformidade com as disposições do artigo 17 (e do artigo 18) da Lei de Assistência às Vítimas de Bomba Atômica. Envio em anexo toda a documentação relativa à solicitação. Além disso, delego o recebimento da despesa médica (despesa médica de doenças gerais) paga à Associação de Saúde Pública do Japão.

Por acaso, se ocorrer uma disputa em relação ao subsídio às despesas médicas após o seu recebimento, juro que assumirei todas as responsabilidades, além de não impor a responsabilidade ao Senhor Governador da Província de Hiroshima.

Data: Ano Mês Dia

Nome do solicitante

_____

*** O campo referente à assinatura deve ser preenchido pelo próprio solicitante.**

Ao Excelentíssimo Senhor Governador da Província de Hiroshima

Formulário 13

Notificação de óbito

Data: Ano Mês Dia

Ao Excelentíssimo Senhor Governador da Província de Hiroshima

Comunico o óbito nos termos abaixo, anexando os documentos comprobatórios.

furigana		Relacionamento com a vítima da bomba atômica	
Nome			
País de residência			
Endereço			
Telefone	(Preencher a partir do código do país)		

Dados do falecido	Número do comunicado de confirmação de beneficiário do programa			-					
	furigana								
	Nome								
	Local de residência por ocasião do falecimento								
	Data do óbito								

* Anexar documento comprovando a data do óbito (certidão de óbito que foi expedida por órgão público ou hospital).
* Esta notificação destina-se à solicitação de “despesas médicas (despesas médicas de doenças gerais)”. Procedimentos relacionados a municipalidades emissoras de Caderneta para Vítimas da Bomba Atômica devem ser realizados à parte.
* Necessário devolver o comunicado de confirmação de beneficiário do programa.