

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/seisakunit/suite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/genbaku/genbaku02/index.html



Código QR

Guia sobre a solicitação de despesas médicas

Introdução

Agosto de 2025

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”.

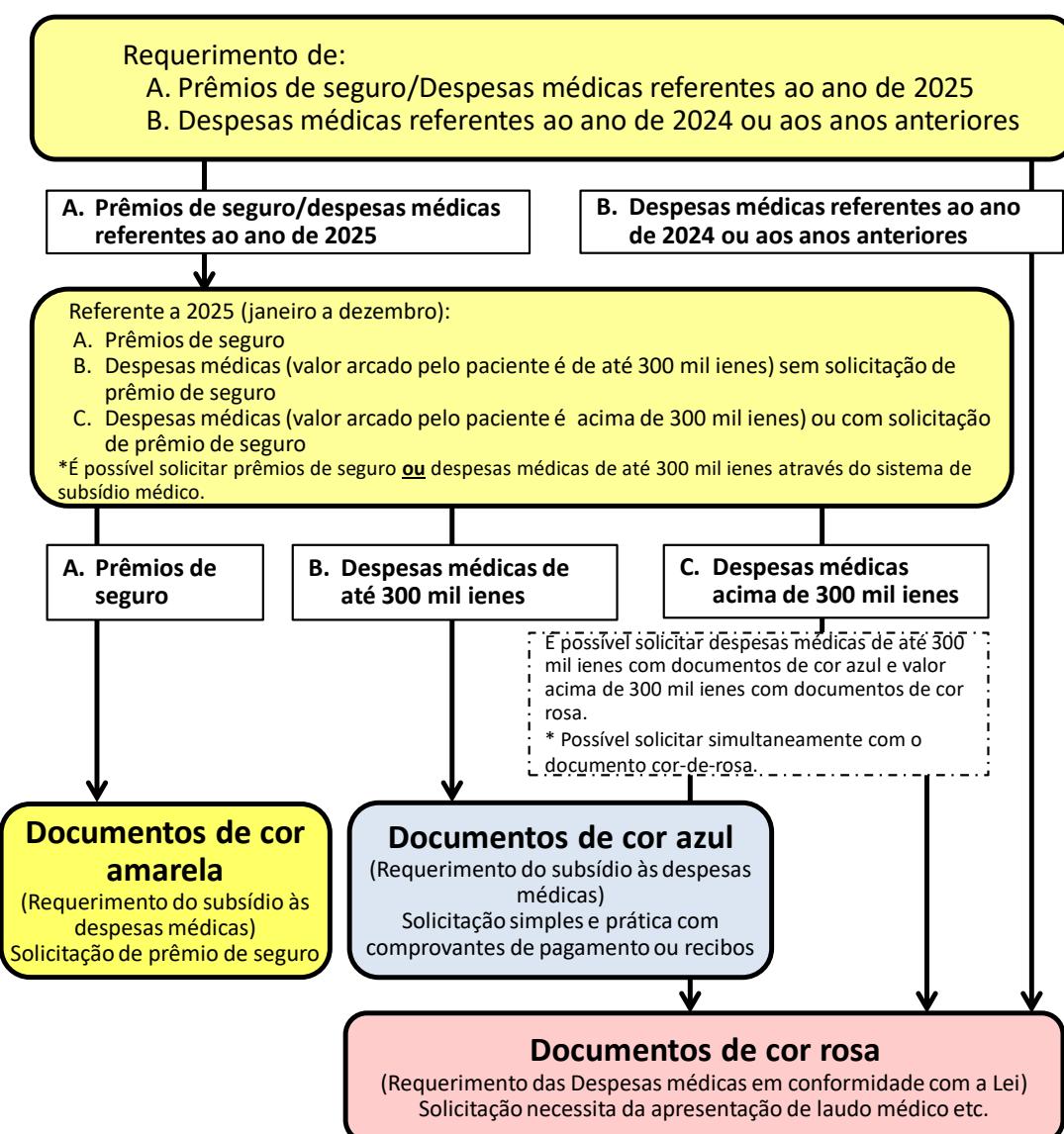
[Resumo]

	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.	<p>Solicitação simples anexando recibos</p> <ul style="list-style-type: none">○ Formulário de solicitação○ Recibos (com a indicação de quem emitiu e outros detalhes)○ Documentos de verificação da conta bancária para depósito (VOID CHECK ou cópia da caderneta bancária)○ Cópia da carteira de saúde de vítima da bomba atômica	<p>Solicitação que exige laudo médico etc.</p> <ul style="list-style-type: none">○ Formulário de solicitação○ Recibos (com a indicação de quem emitiu e outros detalhes)○ Documentos de verificação da conta bancária para depósito (VOID CHECK ou cópia da caderneta bancária)○ 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 meados de janeiro de 2026	-
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. *Há casos em que pode levar 1 ano ou mais

*No formulário de solicitação, não se esqueça de preencher a data de solicitação e de assinar.

【Seleção Correta de Documentos para a Solicitação】



◎A solicitação por meio do documento cor-de-rosa pode ser feita mesmo que o valor não ultrapasse 300.000 ienes, mas a análise leva bastante tempo.

◎Tratamentos com fins estéticos podem não ser elegíveis no presente sistema.

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 2025.

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	2.000.000	ARS
Federação da Austrália	Dólar australiano	3.126	AUD
Estado Plurinacional da Bolívia	Boliviano	12.971	BOB
República Federativa do Brasil	Real	10.601	BRL
Canadá	Dólar canadense	2.838	CAD
República Popular da China	Renminbi	14.334	CNY
União Europeia	Euro	1.834	EUR
República da Indonésia	Rupia	29.411.765	IDR
Estados Unidos Mexicanos	Peso mexicano	36.015	MXN
República das Filipinas	Peso filipino	108.696	PHP
República de Cingapura	Dólar de Cingapura	2.669	SGD
Reino Suécia	Coroa sueca	19.557	SEK
Confederação Suíça	Franco suíço	1.760	CHF
Taiwan	Dólar taiwanês	64.795	TWD
Reino da Tailândia	Baht	66.667	THB
Reino Unido	Libra esterlina	1.518	GBP
Estados Unidos da América	Dólar americano	1.989	USD
República Oriental do Uruguai	Peso uruguai	84.746	UYU
República Socialista do Vietnã	Dong	48.387.097	VND

* Com base na cotação de abril de 2025

(1) Beneficiário/a

- Vítimas de bomba atômica residentes no exterior que receberam a carteira de saúde de vítima da bomba atômica ou do certificado de confirmação da situação no momento da exposição à radiação, sendo uma pessoa que a Província de Hiroshima ou de Nagasaki reconheceu como adequada para fornecer o subsídio às despesas médicas, dentre aquelas que desejam receber o subsídio em relação às despesas médicas ou ao prêmio de seguro, caso tenham recebido o tratamento médico necessário em uma instituição médica no país de residência.
- Quando o/a beneficiário/a acima 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*) das despesas pagas do próprio bolso na instituição médica local.

- Pagamentos efetuados no período de 1 ano, de janeiro a dezembro de 2025 relacionados a:
 - Prêmio de seguro ou despesas médicas pagas com base na consulta médica e suas instruções/prescrições
 - Despesa de exame de saúde
As seguintes despesas, em princípio, não são subsidiadas, porém, há casos em que serão elegíveis quando houver prescrição médica.
 - Medicamentos comercializados ou comprados por julgamento próprio
 - Ioga, acupressão, acupuntura, fisioterapia, aconselhamento ou massagem, etc.

(3) Prazo de entrega

Com relação ao prazo final para entrega do formulário de solicitação, este deve chegar até meados de janeiro de 2026. 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) Sobre a solicitação combinada com 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.

[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
 - Tratamentos com fins estéticos etc.

*As despesas de tratamento que utilizam porcelana, zircônia, cerâmica, etc., serão calculadas com base nos materiais de seguro utilizados no Japão.

(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

Como calcular as despesas médicas em conformidade com a Lei

(Referência)

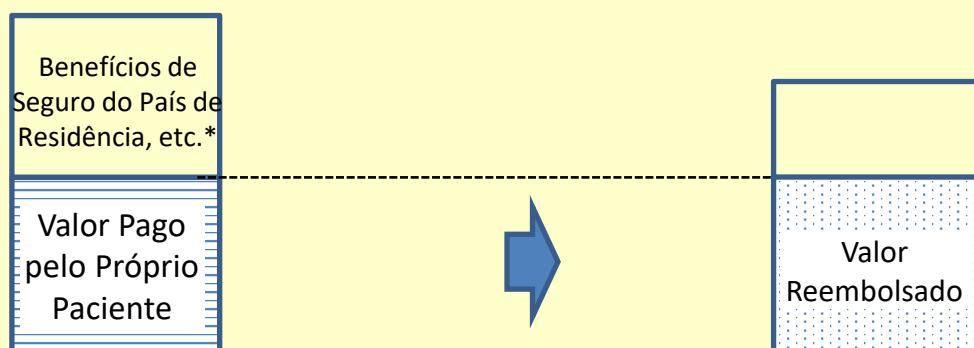
① Quando o conteúdo do atendimento médico no país de residência é semelhante ao conteúdo do atendimento médico no Japão, e o valor convertido para a remuneração médica japonesa excede o valor pago pelo próprio paciente

⇒ **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

(Despesas Médicas no País de Residência)

Convertido para
(Remuneração Médica Japonesa)

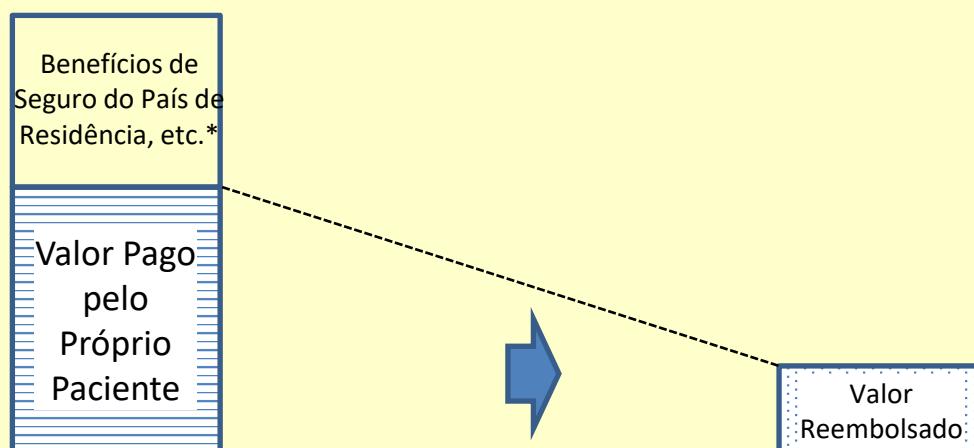


② Quando o conteúdo do atendimento médico no país de residência é consideravelmente mais caro do que o conteúdo do atendimento médico no Japão

⇒ **Reembolso de uma parte do valor pago pelo próprio paciente**

(Despesas Médicas no País de Residência)

Convertido para
(Remuneração Médica Japonesa)



*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
<input type="checkbox"/>	1	Formulário de solicitação do pagamento do subsídio às despesas médicas e formulário de confirmação de beneficiário do programa (Formulário 1)
<input type="checkbox"/>	2	Documentos de comprovação da conta bancária para depósito (cópia de caderneta bancária, cheque etc.)
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	5	Cópia da apólice de seguro * O seguro médico, cujo período de cobertura inclua o período de janeiro a dezembro de 2025.
<input type="checkbox"/>	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 e 8; no caso de solicitação do prêmio de seguro de vítima da bomba atômica realizada por familiar enlutado, apresente os documentos dos itens 9 a 12.

<input type="checkbox"/>	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 emitido até um mês antes da data do requerimento: · Certidão do registro familiar (<i>koseki tohon/shohon</i>) 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).
<input type="checkbox"/>	8	Notificação de alteração dos dados cadastrais (Formulário 2) * Apresente-o somente se houver alteração de endereço ou outros dados ao solicitar o prêmio de seguro.
<input type="checkbox"/>	9	Formulário de solicitação de pagamento (para a solicitação após o falecimento) (Formulário 3) * Apresente o documento 9 em vez do documento 1 * Anexar documento comprovando a data do óbito (certidão de óbito que foi expedida por órgão público ou hospital).
<input type="checkbox"/>	10	Notificação de óbito (Formulário 4) * Apresente-o somente se houver solicitação de prêmio de seguro.
<input type="checkbox"/>	11	Documento que comprove a relação familiar ou direito de herança
<input type="checkbox"/>	12	Documento comprovando a conta bancária do beneficiário (necessário que o titular da conta seja o solicitante instituído após o óbito do beneficiário original)

◆ Tempo de apresentação da solicitação

O prazo final para entrega do formulário de solicitação é até meados de janeiro de 2026

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 Tantokakari*)

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 Tantokakari*)

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.

Se for difícil enviar pelo correio, também recebemos a solicitação por e-mail. Por favor, envie para o seguinte endereço:

zaigai@jpha.or.jp

* Tenha cuidado para não errar o destinatário.

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		-				
Número da caderneta de vítima de bomba atômica						
Número de beneficiário de subsídio médico público						
Nome		Data de Nascimento Dia/Mês/Ano	/	/	Sexo	
País de residência						
Endereço						
Telefone						
E-mail						
Nome da pessoa que pode ser contatada, além do próprio solicitante				Parentesco		
Telefone* 1						
E-mail* 1						
Conta corrente para depósito *2	Nome do Banco					
	Nome da Agência					
	Endereço da Agência					
	Número da conta corrente					
	Nome do titular da conta					
	Código SWIFT/BIC					
	Código IBAN *3					
Valor solicitado	Moeda local (unidade)					

*1 Utilizaremos este contato somente quando não for possível entrar em contato com o próprio solicitante.

*2 • 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.

*3 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 2025. 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

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: Apresente juntamente os comprovantes e recibos, etc..

Nota 2: Os recibos deverão conter os seguintes 4 itens.

- 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 seguradora ou da instituição médica.
- 4) Data do pagamento.

Nota 3: 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:)

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: Os recibos deverão conter os seguintes 4 itens.

- 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 seguradora ou da instituição médica.
- 4) Data do pagamento.

Nota 3: 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 (Especificiar:)

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.

Será necessário apresentar este formulário somente se houver alteração em um dos itens no momento da solicitação do prêmio de seguro.

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	
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 e a certidão de óbito.

*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 2025. 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

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								

- * Apresente somente se for solicitar o prêmio de seguro.
- * 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.

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 5.

Concluído	Número	Documento
<input type="checkbox"/>	1	Formulário de solicitação de pagamento do subsídio às despesas médicas e formulário de confirmação de beneficiário do programa (Formulário 5)
<input type="checkbox"/>	2	Documentos de comprovação da conta bancária para depósito (cópia de caderneta bancária, cheque etc.)
<input type="checkbox"/>	3	Detalhamento do requerimento (Formulário 5-2)
<input type="checkbox"/>	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 e instruções médicas • Quando recebeu o benefício de seguros privados: Certificado do benefício de seguros 4) Data do pagamento
<input type="checkbox"/>	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

Caso necessário, apresente os seguintes documentos descritos no itens 6 e 7; no caso de solicitação das despesas médicas de vítima da bomba atômica realizada por familiar enlutado, apresente os documentos dos itens 8 a 11.

<input type="checkbox"/>	6	Documento de identificação pessoal * <u>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 emitido até um mês antes da data do requerimento:</u> • Certidão do registro familiar (<i>koseki tohon/shohon</i>) ou certificados expedidos por cartório (Notary public). • Autorização de residência do estrangeiro ou comprovante de residência, entre outros.
<input type="checkbox"/>	7	Notificação de alteração dos dados cadastrais (Formulário 6) * <u>Apresente-o somente se houver alteração de endereço ou outros dados ao solicitar as despesas médicas.</u>
<input type="checkbox"/>	8	Formulário de solicitação de pagamento do subsídio às despesas médicas (para a solicitação após o falecimento) (Formulário 7)* Apresente o documento 8 em vez do documento 1 * Anexar documento comprovando a data do óbito (certidão de óbito que foi expedida por órgão público ou hospital).
<input type="checkbox"/>	9	Notificação de óbito (Formulário 8) * <u>Apresente-o somente se houver solicitação de despesas médicas.</u>
<input type="checkbox"/>	10	Documento que comprove a relação familiar ou direito de herança
<input type="checkbox"/>	11	Documento comprovando a conta bancária do beneficiário (necessário que o titular da conta seja o solicitante instituído após o óbito do beneficiário original)

◆ Tempo de apresentação da solicitação

**O prazo final para entrega do formulário de solicitação
é até meados de janeiro de 2026**

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



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 7 (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.

Se for difícil enviar pelo correio, também recebemos a solicitação por e-mail. Por favor, envie para o seguinte endereço:

zaigai@jpha.or.jp

* Tenha cuidado para não errar o destinatário.

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		-						
Número da caderneta de vítima de bomba atômica								
Número de beneficiário de subsídio médico público								
Nome		Data de Nascimento Dia/Mês/Ano	/	/	Sexo			
País de residência								
Endereço								
Telefone								
E-mail								
Nome da pessoa que pode ser contatada, além do próprio solicitante				Parentesco				
Telefone* 1								
E-mail* 1								
Conta corrente para depósito *2	Nome do Banco							
	Nome da Agência							
	Endereço da Agência							
	Número da conta corrente							
	Nome do titular da conta							
	Código SWIFT/BIC							
	Código IBAN *3							
Valor solicitado	Moeda local		(unidade)					

*1 Utilizaremos este contato somente quando não for possível entrar em contato com o próprio solicitante.

*2 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.

*3 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 2025. 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

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: Apresente juntamente os comprovantes de pagamento ou recibos, etc.

Note 2:

Os recibos 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 médica
- 4) A data de pagamento

Nota 3: Preencha os valores em moeda local.

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.**

Será necessário apresentar este formulário somente se houver alteração em um dos itens no momento da solicitação das despesas médicas.

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 7

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		
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 e a certidão de óbito.

*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 2025. 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

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								

- * Apresente somente se for solicitar as despesas médicas.
- * 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.
- * Apresente somente se for solicitar após o óbito.

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 5.

Concluído	Número	Documento
<input type="checkbox"/>	1	Formulário de solicitação de pagamento de Despesas Médicas/Despesas Médicas de Doenças Gerais e formulário de confirmação de beneficiário do programa (Formulário 9)
<input type="checkbox"/>	2	Documentos de comprovação da conta bancária para depósito (cópia de caderneta bancária, cheque etc.)
<input type="checkbox"/>	3	<p>Recibo de pagamento em que conste os 4 itens a seguir:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <u>Valor pago.</u> 2) <u>Nome da pessoa que recebeu o tratamento (devendo ser o mesmo do solicitante).</u> Em caso de haver também despesas médicas de outros que não o solicitante, explicitar sublinhando apenas a parte do solicitante. 3) <u>Nome, endereço e telefone da instituição médica.</u> <p>* Caso necessário, anexe os seguintes documentos também:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quando comprou os medicamentos na farmácia por prescrição de um médico: Prescrição e instruções médicas • Quando recebeu o benefício de seguros privados: Certificado do benefício de seguros 4) <u>Data do pagamento.</u>
<input type="checkbox"/>	4	Documentos como o atestado médico que contém o nome da doença e o conteúdo do tratamento
<input type="checkbox"/>	5	Cópia da carteira de saúde de vítima da bomba atômica

Caso necessário, apresente os seguintes documentos descritos nos itens 6 a 8; no caso de solicitação das despesas médicas de vítima da bomba atômica realizada por familiar enlutado, apresente somente os documentos dos itens 9 a 12.

<input type="checkbox"/>	6	Cópia da certificação * Apresente-a somente se for o beneficiário do auxílio especial de tratamento médico.
<input type="checkbox"/>	7	Documento de identificação pessoal * <u>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 emitido até um mês antes da data do requerimento:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Certidão do registro familiar (<i>koseki tohon/shohon</i>) 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).
<input type="checkbox"/>	8	Notificação de alteração dos dados cadastrais (Formulário 10) * Apresente-o somente se houver alteração de endereço ou outros dados ao solicitar as despesas médicas.
<input type="checkbox"/>	9	Formulário de solicitação de pagamento (para a solicitação após o falecimento) (Formulário 11) <ul style="list-style-type: none"> * Apresente o documento 9 em vez do documento 1 * Anexar documento comprovando a data do óbito (certidão de óbito que foi expedida por órgão público ou hospital).
<input type="checkbox"/>	10	Notificação de óbito (Formulário 12) * Apresente-o somente se houver solicitação de despesas médicas.
<input type="checkbox"/>	11	Documento que comprove a relação familiar ou direito de herança
<input type="checkbox"/>	12	Documento comprovando a conta bancária do beneficiário (necessário que o titular da conta seja o solicitante instituído após o óbito do beneficiário original)

◆ 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



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.

Se for difícil enviar pelo correio, também recebemos a solicitação por e-mail. Por favor, envie para o seguinte endereço:

zaigai@jpha.or.jp

* Tenha cuidado para não errar o destinatário.

Formulário 9

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		-							
Número da caderneta de vítima de bomba atômica									
Número de beneficiário de subsídio médico público									
Nome		Data de Nascimento Dia/Mês/Ano		/ /		Sexo			
País de residência									
Endereço									
Telefone									
E-mail									
Nome da pessoa que pode ser contatada, além do próprio solicitante				Parentesco					
Telefone* 1									
E-mail* 1									
Conta corrente para depósito *2	Nome do Banco								
	Nome da Agência								
	Endereço da Agência								
	Número da conta corrente								
	Nome do titular da conta								
	Código SWIFT/BIC								
	Código IBAN *3								
Certificação de doenças causadas pela bomba atômica no momento desta solicitação		Sim / Não							
Valor solicitado	Moeda local (unidade)								

*1 Utilizaremos este contato somente quando não for possível entrar em contato com o próprio solicitante.

*2 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.

*3 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

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.

Será necessário apresentar este formulário somente se houver alteração em um dos itens no momento da solicitação das despesas médicas.

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 “despesas médicas (despesas médicas de doenças gerais)”. Procedimentos relacionados a municipalidades emissoras de Caderneta para Vítimas da Bomba Atômica devem ser realizados à parte.

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		-					
Nome		Data de Nascimento Dia/Mês/Ano	/ /	Sexo			
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 e a certidão de óbito.

*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, deleo 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

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										

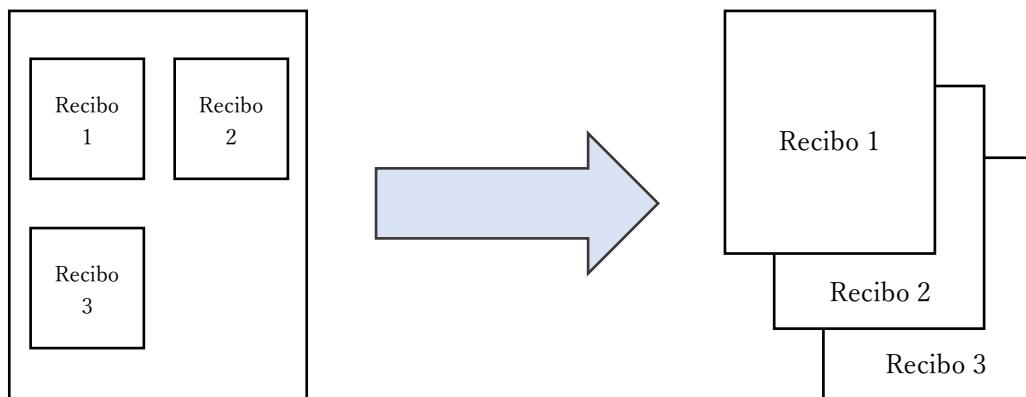
- * Esta notificação destina-se à solicitação de “despesas médicas (despesas médicas de doenças gerais)”. Procedimentos relacionados a municipalidades emissoras de Caderneta para Vítimas da Bomba Atômica devem ser realizados à parte.
- * Apresente somente se for solicitar após o óbito.

[Importante] Aviso sobre como apresentar recibos

1. Alteração <comum> de como apresentar recibos

[Alterações]

Até agora, para evitar a perda, os recibos eram anexados ao papel para colagem dos recibos separados por mês, mas a partir de 2025, foi decidido abolir o respectivo papel. A partir de agora, apresente os recibos como se encontram, sem anexá-lo ao papel para colagem.



[Como apresentar]

- ✧ Apresente os recibos como se encontram.
- ✧ Não cole nem grampeie.
- ✧ Se for necessário organizar, utilize clipe ou fita adesiva removível.
- ✧ Os recibos deverão conter os 4 itens abaixo:
 - ① O valor pago
 - ② O nome do pagante (deverá ser idêntico ao nome do solicitante)
*Se despesas de outras pessoas estiverem incluídas, sublinhe e indique claramente a parte referente à própria pessoa.
 - ③ O nome, endereço e telefone da instituição médica (ou da seguradora)
 - ④ A data de pagamento

2. Como lidar com comprovantes de pagamento de recibos de papel térmico

<comum>

- ✧ Como o papel térmico tende a desbotar com o passar do tempo, envie uma cópia ou uma imagem escaneada.
- ✧ Se for difícil copiar, também é possível enviar por e-mail em formato PDF, etc.
- ✧ Tenha cuidado, pois se os caracteres não estiverem legíveis, a solicitação poderá ser invalidada.

3. Sobre os recibos <solicitação de despesas médicas>

- ✧ Recibos somente com a descrição do valor não permitem calcular com precisão o conteúdo solicitado.
- ✧ Por favor, certifique-se de apresentar um dos seguintes itens:
 - Comprovantes de pagamento e recibos que indiquem claramente o conteúdo do tratamento médico ou de exames.

- Ou uma folha avulsa contendo detalhes do conteúdo do diagnóstico (descrição detalhada)

*Não é necessário apresentar os resultados de exames. É necessário conter detalhes que mostrem “quais tratamentos médicos e exames” foram realizados. Se a descrição não for clara, pode ser que não seja possível calcular.

Pedimos a compreensão e cooperação de todos para que o procedimento de solicitação prossiga sem problemas.

Ao fazer uma solicitação em conformidade com a Lei, é necessário prestar atenção ao seguinte:

◎ Exemplo de recibo com as informações necessárias ◎

Recibo	(1) Hospital ABC
(2) John Smith	
(3) 27/5/2025 Taxa de consulta	(4) USD 40
08/6/2025 Taxa de consulta, tomografia, exame de sangue USD 155	

△ Exemplo de recibo incompleto △

Recibo	(1) Hospital ABC	(3) 23/1/2025
Despesas médicas	(4) USD 155 (valor cobrado)	

Não será possível calcular se for um documento que não permita saber o que foi feito, não constando o nome ou detalhes.

Primeiro, preencha seu nome à mão.

Em seguida, preencha o conteúdo do tratamento no espaço em branco.

Se for um recibo, também anexe o comprovante de pagamento.

Recibo	(1) Hospital ABC	(3) 23/12/2025
Despesas médicas	(4) USD 155	
(2) John Smith consulta médica, tomografia, exame de sangue		



*Documento
comprovante de
pagamento*

“Amount Due” e “You Pay” não são considerados como comprovantes. Ao apresentar um comprovante, certifique-se de anexar um recibo que corresponda ao valor (uma cópia do extrato do cartão de crédito ou cheque). Apresente recibos com a descrição “Amount Due: 0.00” ou “You Paid”.