Guía sobre la solicitud del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica, etc.

Índice del documento

■ Introducción (Sumario de 2 Sistemas de Subsidio) 1

■ Forma de elegir el formulario de solicitud.....3

■ 1.Solicitud de subsidio de atención médica.....4

- Lista de la cantidad máxima de subsidio de atención médica en moneda de cada país de residencia
- Beneficiarios
- Gastos médicos objetos del subsidio
- Fecha límite de presentación
- Trámite de solicitud

■ 2.Solicitud de gastos médicos conforme a la ley 8

- Beneficiarios
- Gastos médicos objetos del subsidio
- Trámite de solicitud
- Otros
- Sobre el pago de gastos médicos a las víctimas de la bomba atómica [Método de cálculo]

<Formulario de solicitud, etc.>

○ Trámite de solicitud de subsidio (prima del seguro) de atención médica <Documento Amarillo>
○ Trámite de solicitud de subsidio (gastos médicos) de atención médica <Documento azul>
○ Trámite de solicitud de los gastos médicos conforme a la ley <Documento rosa>

Esta información también puede ser descargada de la página web del Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar Social.

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/genbaku/genbaku02/index.html

Código QR

Guía sobre la solicitud del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica, etc.

Introducción

Agosto de 2024
Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar
Prefectura de Hiroshima

(Este aviso es para aquellas personas que residen en Brasil, Argentina, Paraguay, Bolivia y Uruguay.)

En relación a aquellas personas que viven fuera de Japón, los siguientes dos programas de subsidio están disponibles para la cobertura de los gastos médicos (en el país de residencia) que le corresponde pagar al interesado, etc., sobre cuyo trámite de solicitud explicamos a continuación.

Para aquellos cuyo valor anual a pagar por cuenta del interesado es

- 300,000 yenes o menor, utilicen "1.Subsidio de atención médica".
- mayor de 300,000 yenes, soliciten como "2.Atención médica basada en la ley*

* Ley de protección de víctimas de bombas atómicas

◎Los gastos de atención médica de hasta 300,000 yenes se pueden solicitar como "1.Subsidio de atención médica", y la cantidad que exceda de 300,000 también se puede solicitar como "2.Atención médica basada en la ley".

[Sumario]

	1.Subsidio de atención médica (Valor a pagar por cuenta del interesado es 300.000 yenes o menor)	2.Atención médica basada en la ley (Valor a pagar por cuenta del interesado es mayor de 300.000 yenes)
Documentos necesarios, etc.	Solicitud simple mediante recibos	Solicitud que requiere adjuntar la observación del médico, etc.
	○ Formulario de solicitud ○ Recibo ○ Documentos de confirmación de cuenta destinataria para transferencia ○ Copia de la libreta de salud de víctimas de la bomba atómica	○ Formulario de solicitud ○ Recibo ○ Documentos de confirmación de cuenta destinataria para transferencia ○ Copia de la libreta de salud de víctimas de la bomba atómica ○ Observación del médico, etc., documento especificando el nombre de la enfermedad y los detalles del tratamiento emitido por las instituciones médicas y farmacias
	Prima de seguro: consulte el documento amarillo. Gastos médicos: consulte el documento azul.	Consulte el documento rosa para obtener más detalles.
Lugar de presentación	Asociación de Salud Pública de Japón	

Fecha límite	Debe llegar hasta el (viernes) 31 de enero de 2025	
Valor máximo, etc.	Hasta el pago anual máximo de 300,000 yenes por año	La cantidad máxima de pago se calcula en base a ejemplos de gastos de servicios médicos en Japón.
Observaciones	Puede presentar la solicitud tantas veces como desee dentro del plazo de presentación.	Tomará una cantidad considerable de tiempo para la evaluación.

【¿Cómo elegir los documentos de la solicitud?】

Solicitud para
A. Primas del seguro o gastos médicos del **año 2024**
B. Gastos médicos **anteriores al año 2023**

A. Primas del seguro o gastos médicos del **año 2024**

B. Gastos médicos **anteriores al año 2023**

Año 2024 para
1) Prima del seguro
2) Gastos médicos (a cargo del interesado de hasta ¥300,000) y sin solicitud de prima de seguro
3) Gastos médicos (a cargo del interesado de más de ¥300,000) o con solicitud de prima de seguro

*Puede solicitar o la prima de seguro o los gastos médicos de hasta ¥300,000, **uno de los dos**, a través del Subsidio de Atención Médica.

1) Prima del Seguro

2) Gastos médicos de hasta ¥ 300,000

3) Gastos médicos de más de ¥ 300,000

Documento amarillo
【Subsidio de Atención Médica】
Solicitud de prima del seguro

Documento azul
【Subsidio de Atención Médica】
Solicitud simple mediante recibos, etc.

*También, atención médica hasta ¥300,000 se puede solicitar con el documento azul; y la cantidad de más de ¥300,000 se puede solicitar con el documento rosa.

Documento rosa
【Solicitud de gastos médicos según la ley】
Solicitud que requiere adjuntar la observación del médico, etc.

◎La solicitud mediante el documento rosa puede realizarse aunque no exceda de 300,000 yenes, pero tomará una cantidad de tiempo para la evaluación.

En caso de dudas, comuníquese con la
Asociación de Salud Pública de Japón (Nihon Koshu Eisei Kyokai)
TEL:+81-3-3352-4285 E-mail:zaigai@jpha.or.jp

1. Solicitud para Subsidio para Gastos de Asistencia Médica

A través de la solicitud simple mediante recibos, etc., basado en el **límite máximo del pago anual de 300,000 yenes***, puede recibir el pago del subsidio de atención médica.

*En la siguiente lista se muestra el límite máximo de pago en monedas correspondientes a cada país de residencia. En cuanto a los gastos médicos sufragados durante 1 año, de enero a diciembre de 2024, es posible presentar la solicitud para el subsidio de gastos médicos dentro del alcance de lo indicado en la "Lista de límite máximo de Subsidio para Gastos de Asistencia Médica".

La determinación del monto del subsidio, se hará en la moneda del país de residencia. Al momento del pago, dependiendo del tipo de moneda en que lo reciba, será afectado por tipo de cambio. Tenga en cuenta que también en caso de recibirlo en cuenta bancaria en yenes, el monto máximo del subsidio podría variar de "300,000 yenes" lo cual se especifica en el aviso.)

Lista del límite máximo de Subsidio para Gastos de Asistencia Médica			
País o región	Unidad de moneda	Límite máximo de Subsidio para Gastos de Asistencia Médica	
República Argentina	Peso argentino	1,578,948	ARS
Mancomunidad de Australia	Dólar australiano	2,958	AUD
Estado Plurinacional de Bolivia	Boliviano	12,837	BOB
República Federativa del Brasil	Real	9,317	BRL
Canadá	Dólar canadiense	2,641	CAD
República Popular de China	RMB	14,165	CNY
UE	Euro	1,820	EUR
República de Indonesia	Rupias	28,037,384	IDR
Estados Unidos Mexicanos	Nuevo peso	29,557	MXN
República Filipina	Peso filipino	105,634	PHP
República de Singapur	Dólar de Singapur	2,651	SGD
Reino de Suecia	Corona sueca	20,577	SEK
Federación Suiza	Franco suizo	1,778	CHF
Taiwán	Nuevo dólar taiwanés	61,602	TWD
Reino de Tailandia	Baht tailandés	70,589	THB
Reino Unido	Libra esterlina	1,536	GBP
Estados Unidos de América	Dólar estadounidense	1,969	USD
República Oriental del Uruguay	Peso uruguayo	74,258	UYU
República Democrática de Vietnam	Don	46,153,847	VND

* Basado en el tipo de cambio del inicio de abril de 2024.

(1)Beneficiarios

- Personas que tengan que pagar gastos médicos en su país de residencia
- Si el beneficiario ha fallecido, será el familiar que lo represente.

(2)Gastos médicos aplicables

De los siguientes gastos, se pagarán **hasta 300,000 yenes como límite superior anual (ver pág. 4*)**.

- **Pago realizado durante 1 año,** de enero a diciembre de 2024
  - Primas de seguro o gastos médicos pagados por cuenta del interesado
  - Gastos de diagnósticos de salud

(3)Fecha límite de presentación

La documentación deberá llegar hasta la fecha límite para la presentación de la solicitud que es el (viernes) 31 de enero de 2025. Por favor, no olvide de hacer la solicitud.

Así mismo, hasta la fecha límite, se puede presentar esta solicitud varias veces hasta llegar al monto máximo del pago de 300,000 yenes.

Por favor tenga en cuenta que se tardará cierto tiempo desde la presentación de la solicitud hasta el depósito, dado que se requiere tiempo para evaluación de la misma. Se evaluará según el orden de recepción.

(4)Procedimientos de solicitud

Solicitud de primas de seguro: Ver la documentación de color amarillo.

Solicitud de gastos de asistencia médica: Ver la documentación de color azul.

(5)Otros

1) Sobre la solicitud del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica según la ley

- En caso de que aquellas personas que hayan solicitado la prima de seguro a través del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica tengan que solventar gastos médicos, pueden solicitar el pago de dichos gastos según la ley especificada en la página 8.
- Aquellas personas que hayan solicitado los gastos médicos a través del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica, podrán hacer la solicitud de los gastos médicos que sean conforme a la ley que hayan tenido que solventar, incluso en caso de que el monto supere 300,000 yenes, que es el monto máximo otorgado por año (ver pág. 4*).

2.Solicitud del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica según la Ley

Para aquellos gastos a cargo del interesado que excedan el monto máximo anual del "1.Subsidio para Gastos de Asistencia Médica" de 300,000 yenes (ver pág. 4*), se puede presentar la solicitud de gastos médicos según la Ley de Protección de Víctimas de la Bomba Atómica.

(1) Beneficiarios

- ○ Personas que han recibido el pago del seguro mediante el subsidio para asistencia médica
- ○ Aquellas personas que hayan tenido que pagar gastos que excedan un máximo anual del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica de 300,000 yenes.
- ○ Si el beneficiario ha fallecido, será el familiar que lo represente.

(2) Gastos médicos aplicables

Gastos médicos a cargo del interesado pagados

* Sin embargo, los siguientes gastos médicos no pueden ser objeto del pago

1) Aquellos tratamientos médicos que no están reconocidos por los seguros médicos públicos japoneses
2) Aquellas atenciones médicas avanzadas, etc., que no son objeto de los seguros médicos públicos japoneses
3) Aquellos gastos que sean cubiertos por el Subsidio para Gastos de Asistencia Médica
4) Pagos del seguro, etc.

*Consulte la lista de la página siguiente para conocer los principales ejemplos de ítems que no son objeto de los seguros médicos públicos japoneses. Tenga en cuenta que los costos del tratamiento con materiales como porcelana, zirconio y cerámica se calculan en función de los materiales de seguros en Japón.

[Principales ejemplos de ítems que no sean cubiertos por los seguros médicos públicos japoneses]

○ Aquellos tratamientos no reconocidos como tratamientos médicos
- Recargo por habitación de lujo
- Gastos de ropa de hospital y pañales
- Gastos de documentos, tasa de emisión de certificados
- Costos de uso de centros de asistencia de enfermería, gastos de asistencia de enfermería y depósitos para ingreso a centros de asistencia
- Gastos de ingreso a centros gerontológicos

○ Tratamientos y prótesis que no son objeto del subsidio
- Costos de tratamiento de implantes
- Tarifas de estacionamiento
- Tarifas de transporte que no implican tratamiento médico
- Costos de los fármacos y suplementos que no dependen de prescripción médica
- Costos de diagnósticos de salud sin fines terapéuticos
- Vacunación preventiva
- Tratamientos médicos avanzados
- Costos de bolsas de colostomía y bolsas de vejiga artificial
- Gafas y audífonos, equipo auxiliar como andadores y sillas de ruedas

etc.

(3) Procedimientos de solicitud

Por favor, consulte el documento rosa.

(4) Otros

○ Se pueden solicitar los gastos médicos según la ley a pesar de que el monto de los mismos sea menor a 300,000 yenes, que es el monto máximo otorgado por año.

○ En lo que respecta a los siguientes períodos de tiempo, si presenta la solicitud de los gastos médicos según la ley adjuntando los documentos necesarios, una vez hecha la evaluación, hay casos en que es posible el pago de los gastos médicos a cargo del interesado.

- El período en lo que no se ha recibido el Subsidio para Gastos de Asistencia Médica a partir del año 2004.

- El período que comprende desde la adquisición de la libreta de salud de víctima de la bomba atómica hasta el año 2003

Respecto al pago de gastos médicos a las víctimas de la bomba atómica que viven en el extranjero

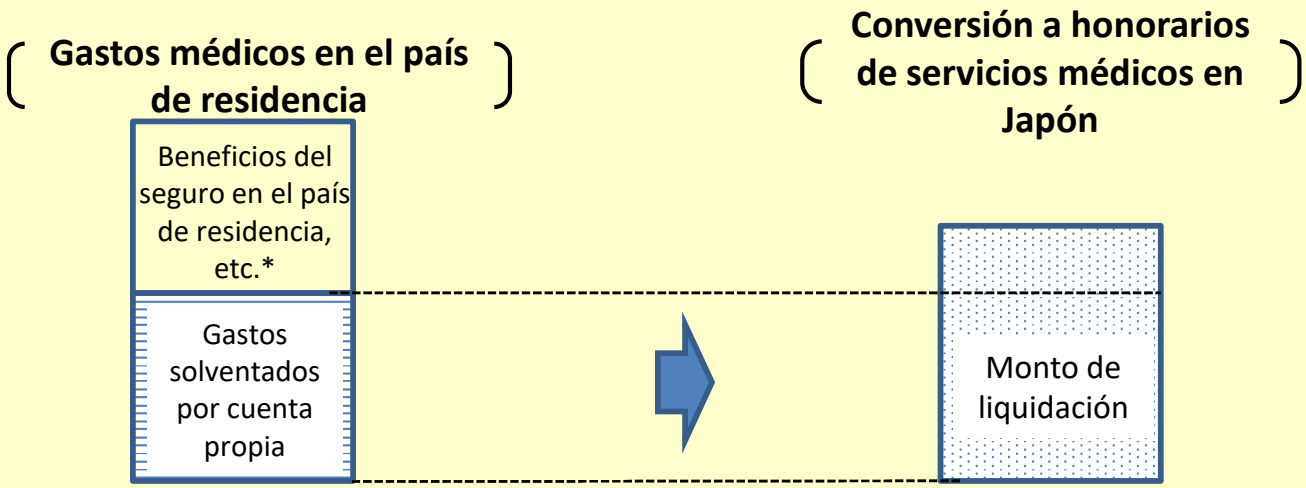
（Referencia）

【Método de cálculo】

1) En caso de que la atención médica ofrecida en el país de residencia sea similar a la ofrecida en Japón y el monto convertido en honorarios de servicios médicos en Japón exceda el monto de gastos solventados por cuenta propia

⇒ Se liquida el monto total de los gastos solventados por cuenta propia

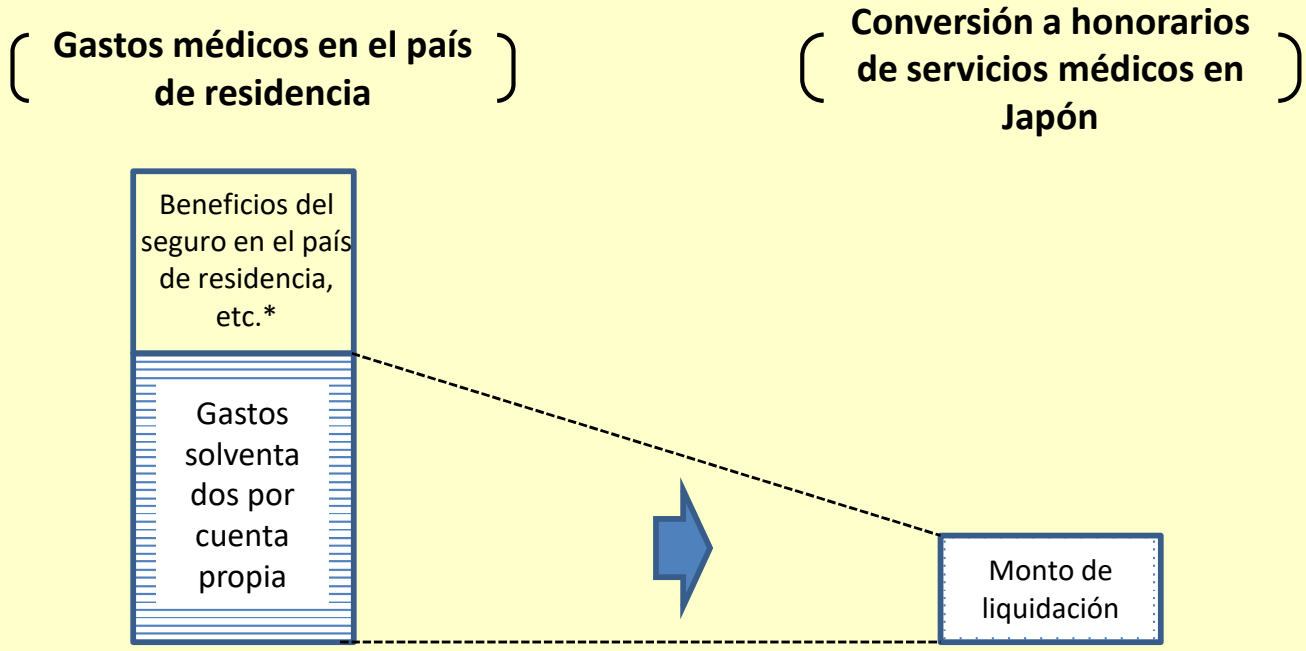
***Incluso cuando se convierta a honorarios de servicios médicos en Japón, debido a que el monto excede el monto de gastos solventados por cuenta propia, se pagará el mismo monto de los gastos solventados por cuenta propia**



2) En caso de que la atención médica ofrecida en el país de residencia sea considerablemente más costosa que la ofrecida en Japón

⇒ Se liquida una parte de los gastos solventados por cuenta propia

***En caso de que el monto de los gastos solventados por cuenta propia exceda del monto de liquidación, se liquidará el monto total convertido a honorarios de servicios médicos en Japón**



*Incluye beneficios de seguros públicos, beneficios de seguros privados y otros beneficios médicos pertinentes.

Trámite de Solicitud para Subsidio de Gastos de Atención Médica (Prima del Seguro)
Solicitud simple mediante recibos, etc.

◆ Asegúrese de presentar los documentos del 1 al 6.

Columna de chequeo	Nº	Documentos a presentar
☐	1	Formulario de Solicitud del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica y Solicitud de Confirmación de Ser Objeto de la Recepción del Subsidio (Formulario Nº 1)
☐	2	Documentos para verificar la cuenta bancaria donde se hará el depósito (copia de la libreta de banco, cheque, etc.)
☐	3	Detalle de la Solicitud del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica En caso de pago mensual: El formulario N°1-2 En caso de otra periodicidad de pago: El formulario N°1-3
☐	4	Las facturas de las primas de seguros para verificar los siguientes 4 ítems 1) Importe pagado 2) Nombre y apellido de la persona que pagó la prima (el nombre y apellido que sean propios del solicitante mismo) En el caso de incluirse en el recibo prima del seguro de alguna otra persona, debe subrayarse la cantidad correspondiente al solicitante. 3) El nombre, el domicilio y el número de teléfono de las compañías de seguro 4) Fecha del pago
☐	5	Una copia del contrato del seguro * El seguro corresponde con el seguro médico que incluye el período desde enero a diciembre de 2024 en el plazo disponible para recibir indemnización por el seguro.
☐	6	Una copia cualquiera de: Libreta de salud de víctima de la bomba atómica, Aviso de confirmación de beneficiario del subsidio, Certificado de conformación de la situación causada por la bomba atómica

Por favor, si es necesario presente los siguientes documentos del 7 al 12

	7	Documentos de verificación de identidad *Aquellos que no reciban ningún tipo de subsidio (subsidio de gestión de salud, subsidio de salud, subsidio medico especial o subsidios especiales) deben presentar uno de los siguientes documentos. - Registro familiar entero o parcial, documento certificado por notario público, - Permiso de residencia, certificado de residencia, etc. (Documentos emitidos dentro de 1 mes antes del día de la solicitud)
☐	8	Notificación de cambio de datos (Formulario Nº 2) * Enviar solamente si hay un cambio de dirección, etc.
☐	9	Solicitud de pago (solicitud tras el fallecimiento) (Formulario Nº 3) * Presentar el documento N°9 en vez del N°1.
☐	10	Registro de fallecimiento (Formulario N°4) * Adjuntar un documento (Certificado de Defunción expedido por organismos públicos u hospitales) con lo cual se pueda verificar la fecha de fallecimiento.
☐	11	Documento que certifique la relación de parentesco o existencia del derecho a herencia de bienes
☐	12	Documentos para verificar la cuenta bancaria del beneficiario donde se realizará el depósito (La cuenta bancaria debe estar sin falta con el nombre del solicitante después del fallecimiento) * Por favor, solicitamos que presente los documentos del No. 9 al 12, sólo en caso de que el familiar solicite los gastos de asistencia médica de la víctima de la bomba atómica fallecida.

◆ Período de presentación de solicitudes, etc.

[Fecha límite para la presentación de la solicitud: Recepción hasta el 31 de enero de 2025 (viernes)]

Hasta la fecha límite, se puede presentar esta solicitud varias veces hasta llegar al monto máximo del pago de 300,000 yenes por año.

Tenga en cuenta que se tardará cierto tiempo desde la presentación de la solicitud hasta el depósito dado que se requiere tiempo para evaluación de la misma. Se evaluará en orden de recepción.

[Lugares donde se presentan los documentos para la solicitud del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica (Prima de Seguro)]

Sección del pago de subsidio para asistencias médicas a las víctimas de la bomba atómica que residen en el extranjero (*Zaigai Hibakusha Hokeniryo Josei Jigyo Tanto Gakari)*
Asociación de Salud Pública de Japón (*Nihon Koshu Eisei Kyokai*)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokio 160-0022, Japón

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

Sección del pago de subsidio para asistencias médicas a las víctimas de la bomba atómica que residen en el extranjero (*Zaigai Hibakusha Hokeniryo Josei Jigyo Tanto Gakari*)
Asociación de Salud Pública de Japón (*Nihon Koshu Eisei Kyokai*)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokio 160-0022, Japón

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

Sección del pago de subsidio para asistencias médicas a las víctimas de la bomba atómica que residen en el extranjero (*Zaigai Hibakusha Hokeniryo Josei Jigyo Tanto Gakari*)
Asociación de Salud Pública de Japón (*Nihon Koshu Eisei Kyokai*)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokio 160-0022, Japón

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

Sección del pago de subsidio para asistencias médicas a las víctimas de la bomba atómica que residen en el extranjero (*Zaigai Hibakusha Hokeniryo Josei Jigyo Tanto Gakari*)
Asociación de Salud Pública de Japón (*Nihon Koshu Eisei Kyokai*)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokio 160-0022, Japón

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

Por favor, corte por la línea de puntos y utilícelo como etiqueta en el momento del envío.

En caso de preverse que se harán varias solicitudes, copie y use el formulario de la página 3 al 9 (no importa que el color del papel sea blanco), o solicite la Asociación Japonesa de Salud Pública que le envíe hojas de solicitud adicionales.

Formulario No.1

Formulario de Solicitud del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica y Formulario de Solicitud de Confirmación de Ser Objeto de la Recepción del Subsidio (Prima del Seguro)

Número de la notificación para certificar el derecho al subsidio			-					
(Si esta es su primera solicitud y no tiene el número de notificación de confirmación de ser objeto de la recepción del subsidio, escriba uno de los siguientes números y adjunte una copia del mismo.)								
No. de Libreta de Víctima de la Bomba Atómica (No. de Beneficiario de Cobertura de Atención Médica por Fondos Públicos)								
No. de Confirmación de la Situación en el Momento de Sufrir la Bomba Atómica (o Documento de Confirmación de Víctima de la Bomba Atómica)								

En Katakana		Fecha de nacimiento: (Día/Mes/Año)	Sexo
Nombre			Hombre/Mujer
País de residencia			
Domicilio			
Teléfono			
Correo electrónico			

Nombre - Correo electrónico - Número de teléfono de alguien además de usted con quien sea posible contactar

Cuenta de Depósitos *1	Nombre de la institución bancaria	
	Nombre de la oficina principal/sucursal	
	Dirección de la oficina principal/sucursal	
	Número de cuenta	
	Titular de la cuenta	
	Código SWIFT/BIC	
	Código IBAN *2	

Importe pagado por el interesado	En moneda local (Unidad)

*1
- **Asegúrese de adjuntar una copia de la libreta de depósitos o un documento con el cual se pueda confirmar la cuenta.**
- **El titular de la cuenta para el pago debe ser el solicitante mismo.**

*2 Deben escribir solamente aquellos cuyo domicilio esté en América del Sur o en Europa.

Como se ha mencionado arriba, adjunto los documentos relacionados con el fin de ser otorgado del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica del año 2024.

Fecha: / / (Día/ Mes/Año)

Nombre del solicitante:

***La correspondiente columna de firma debe ser firmada por el propio solicitante.**

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

Información de contacto del apoderado:

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

Al señor Gobernador de la Prefectura de Hiroshima

Formulario No.1-2

Detalle de la Solicitud del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica (Caso del pago mensual)

	Importe	Descripción
Enero		
Febrero		
Marzo		
Abril		
Mayo		
Junio		
Julio		
Agosto		
Septiembre		
Octubre		
Noviembre		
Diciembre		
Total		

(Nota 1) En cuanto a los recibos correspondientes a los gastos de cada mes preséntelos pegándolos en la hoja para los recibos de la página 6 (Formulario No.1-4) según los meses.

(Nota 2) Escriba el importe en moneda local del país de residencia.

○ En cuanto a los siguientes puntos, marque el signo correspondiente con ○.

- Sobre la forma de afiliación al seguro
  a) Individual b) Matrimonial c) Familiar (personas) d) Otra forma (personas)
- Sobre el pago mensual de la prima de seguro
  a) Se paga individualmente
  b) Se paga conjuntamente la prima correspondiente al matrimonio
  c) Se paga conjuntamente la prima correspondiente a toda la familia
  d) Otro ( )

Formulario No.1-3

Detalle de la solicitud del pago de subsidio (Casos fuera del pago mensual)

Importe	Período de cobertura correspondiente a la prima de seguro pagada
	De _____/____ (mes/año) a _____/____ (mes/año)
	De _____/____ (mes/año) a _____/____ (mes/año)
	De _____/____ (mes/año) a _____/____ (mes/año)
	De _____/____ (mes/año) a _____/____ (mes/año)
	De _____/____ (mes/año) a _____/____ (mes/año)
	De _____/____ (mes/año) a _____/____ (mes/año)

(Nota 1) El "período de cobertura correspondiente a la prima de seguro pagada" significa el período durante el cual usted puede disfrutar de la garantía del seguro por el pago de la prima. Describa el período especificando el comienzo y la terminación.

(Nota 2) Escriba el importe en moneda local del país de residencia.

○ En cuanto a los siguientes puntos, marque el signo correspondiente con ○.

- Sobre la forma de afiliación al seguro
  a) Individual b) Matrimonial c) Familiar (personas) d) Otra forma (personas)
- Sobre el método de pago de las primas de seguro
  a) Se paga individualmente b) Se paga conjuntamente la prima correspondiente al matrimonio
  c) Se paga conjuntamente la prima correspondiente a toda la familia
  d) Otro ( )

Formulario No.1-4

Hoja para los recibos correspondientes al mes de (　　)

(Nota 1) Es necesario que en los recibos se mencionen los 4 siguientes puntos:

1) El importe pagado
2) El nombre de la persona que ha pagado ese importe (debe coincidir con el nombre de la misma persona que presenta la solicitud.)
3) El nombre, el domicilio y el número de teléfono de las compañías de seguro
4) La fecha de pago

(Nota 2) Preste atención: Los recibos no se devolverán.

(Nota 3) Copie este formulario según las necesidades y prepare una hoja para cada mes. No es necesario utilizar este formulario, si se indica claramente el mes correspondiente.

Formulario No.2

Solicitud del cambio del contenido confirmado

(Cambio de nombre/domicilio/número de teléfono)

Día: Mes: Año:

Al señor Gobernador de la Prefectura de Hiroshima

Domicilio (posterior al cambio)_____
Nombre (posterior al cambio)

_____

***La correspondiente columna de firma debe ser firmada por el propio solicitante.**

Llene solo los ítems en que haya modificación.

Número de la notificación para certificar el derecho al subsidio				-					
Nombre	Nombre anterior al cambio								
	Nombre posterior al cambio								
Domicilio	Domicilio anterior al cambio								
	Domicilio posterior al cambio								
Número de teléfono	Número de teléfono anterior al cambio	(Escriba desde el código del país.)							
	Número de teléfono posterior al cambio	(Escriba desde el código del país.)							
Fecha del cambio		Día: Mes: Año:							

* Por favor adjunte documentos con los que se pueda comprobar el contenido del cambio y un documento que certifique la identidad del solicitante.

* Esta declaración está destinada para solicitud para subsidio de asistencia médica, y el procedimiento en municipalidad de emisión de la libreta de víctima de bomba atómica, debe llevarse a cabo por separado.

Formulario No.3

Solicitud del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica (Prima de Seguro) (Para la solicitud después de la muerte)

1. Anote los datos de la víctima de la bomba atómica solicitante.

Número de la notificación para certificar el derecho al subsidio				—					
Nombre		Fecha de nacimiento: (Día/Mes/Año)					Sexo Hombre/Mujer		
País de residencia									
Domicilio									

2. Por favor describa el solicitante.

Nombre		Relación con la víctima de la bomba atómica	
Domicilio			
Teléfono	(Escriba desde el código del país)		
Correo Electrónico			
Cuenta de depósitos *1	Nombre de la institución bancaria		
	Nombre de la oficina principal/sucursal		
	Dirección de la oficina principal/ sucursal		
	Número de cuenta		
	Titular de la cuenta		
	Código SWIFT/BIC		
	Código IBAN *2		
Importe de solicitud	En moneda local		(Unidad)

El solicitante debe asegurarse de adjuntar un documento que certifique ser el heredero del sobreviviente de la bomba atómica que ha fallecido.

*1
- Asegúrese de adjuntar una copia de la libreta de depósitos o un documento con el cual se pueda confirmar la cuenta.
- El titular de la cuenta para el pago debe ser el solicitante mismo

*2 Deben escribir solamente aquellos cuyo domicilio esté en América del Sur o en Europa.

Conforme a lo escrito en la parte superior, adjunto los documentos con el fin de ser otorgado del pago del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica del año 2024 respecto del fallecido/a _____.

Si por casualidad, tras la recepción se produjese un litigio relacionado con el Subsidio para Gastos de Asistencia Médica, juro que no voy a hacer responsable al gobernador de la Prefectura de Hiroshima y que yo asumiré todas las responsabilidades.

Fecha: Año Mes Día

Nombre del solicitante

_____

***La correspondiente columna de firma debe ser firmada por el propio solicitante.**

Al gobernador de la prefectura de Hiroshima

Formulario No.4

Notificación de la muerte

Año Mes Día

Al gobernador de la prefectura de Hiroshima

Notifico la muerte como se detalla a continuación, adjuntando los documentos relacionados.

Nombre		Relación con la víctima de la bomba atómica	
País de Residencia			
Domicilio			
Teléfono	(Escriba desde el código del país)		

Persona fallecida	Número de la notificación para certificar el derecho al subsidio				–					
	Nombre									
	Domicilio en el momento de la muerte									
	Fecha de la muerte									

* Adjunte un documento (Certificado de Defunción expedido por organismos públicos u hospitales) con el cual se pueda confirmar la fecha de la muerte.

* Esta declaración está destinada para solicitar servicios de cuidado de la salud, y el procedimiento en municipalidad de emisión de la libreta de víctima de bomba atómica, debe llevarse a cabo por separado.

* Se ruega devolver la notificación para certificar el derecho al subsidio.

Trámite de Solicitud de Subsidio para Gastos de Atención Médica (Gastos Médicos)

Solicitud sencilla de pago mediante las facturas, etc.

◆ Asegúrese de presentar los documentos del 1 al 6.

Columna de chequeo	Nº	Documentos a presentar
□	1	Formulario de Solicitud del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica y Solicitud de Confirmación de Ser Objeto de la Recepción del Subsidio (Formulario Nº 5)
□	2	Documentos para verificar la cuenta bancaria donde se hará el depósito (una copia de libreta de banco, cheque, etc.)
□	3	Detalle de la Solicitud del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica (Formulario Nº 5-2)
□	5	Documentos tal como las facturas para verificar los siguientes 4 ítems 1) Importe pagado 2) Nombre y apellido de la persona que recibió el tratamiento médico (el nombre y apellido que sean propios del solicitante mismo) En el caso de incluirse en el recibo gastos médicos de alguna otra persona, debe subrayarse la cantidad correspondiente al solicitante. 3) Nombre, dirección, número de teléfono de la institución * En función de la necesidad, adjuntar los siguientes documentos: • Si compra el medicamento a la farmacia por la prescripción de un médico: la prescripción • Si ha recibido un beneficio de un seguro privado: certificado del beneficio del seguro, etc. 4) Fecha del pago
□	5	Una copia cualquiera de: Libreta de salud de víctima de la bomba atómica, Aviso de confirmación de beneficiario del subsidio, Certificado de confirmación de la situación causada por la bomba atómica
□	6	Lista de las instituciones médicas consultadas (Formulario Nº 6)

Por favor, si es necesario presente los siguientes documentos del 7 al 12.

	7	Documentos de verificación de identidad *Aquellos que no reciban ningún tipo de subsidio (subsidio de gestión de salud, subsidio de salud, subsidio medico especial y subsidios especiales) deben presentar uno de los siguientes documentos. - Registro familiar entero o parcial, documento certificado por notario público - Permiso de residencia, certificado de residencia, etc.(Documentos emitidos dentro de 1 mes antes del día de la solicitud)
□	8	Notificación de cambio de datos (Formulario Nº 7) * Enviar solamente si hay un cambio de dirección, etc.
□	9	Solicitud de pago (solicitud tras el fallecimiento) (Formulario Nº 8) ※ Envíe el Nº 9 en vez del Nº 1.
□	10	Registro de defunciones (Formulario No. 9) * Adjunte un documento (Certificado de Defunción expedido por organismos públicos u hospitales) con lo cual se puede verificar la fecha del fallecimiento.
□	11	Documento que certifique la relación de parentesco o existencia del derecho a herencia de bienes
□	12	Documentos para verificar la cuenta bancaria del beneficiario donde se realizará el depósito (La cuenta bancaria debe estar sin falta con el nombre del solicitante después del fallecimiento) * Por favor, solicitamos que presente los documentos del No. 9 al 12, sólo en caso de que el familiar solicite los gastos de asistencia médica de la víctima de la bomba atómica fallecida.

◆ Período de presentación de solicitudes, etc.

[Fecha límite para la presentación de la solicitud: Recepción hasta el 31 de enero de 2025 (viernes)]

Hasta la fecha límite, se puede presentar esta solicitud varias veces hasta llegar al monto máximo del pago de 300,000 yenes por año.

Tenga en cuenta que se tardará cierto tiempo desde la presentación de la solicitud hasta el depósito dado que se requiere tiempo para evaluación de la misma. Se evaluará en orden de recepción.

[Lugares donde se presentan los documentos para la solicitud del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica (Prima de Seguro)]

Sección del pago de subsidio para asistencias médicas a las víctimas de la bomba atómica que residen en el extranjero (*Zaigai Hibakusha Hokeniryo Josei Jigyo Tanto Gakari*)
Asociación de Salud Pública de Japón (*Nihon Koshu Eisei Kyokai*)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokio 160-0022, Japón

Tel: +81-3-3352-4285
Fax: +81-3-3352-4605
Email: zaigai@jpha.or.jp

Sección del pago de subsidio para asistencias médicas a las víctimas de la bomba atómica que residen en el extranjero (*Zaigai Hibakusha Hokeniryo Josei Jigyo Tanto Gakari*)
Asociación de Salud Pública de Japón (*Nihon Koshu Eisei Kyokai*)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokio 160-0022, Japón

Tel: +81-3-3352-4285
Fax: +81-3-3352-4605
Email: zaigai@jpha.or.jp

Sección del pago de subsidio para asistencias médicas a las víctimas de la bomba atómica que residen en el extranjero (*Zaigai Hibakusha Hokeniryo Josei Jigyo Tanto Gakari*)
Asociación de Salud Pública de Japón (*Nihon Koshu Eisei Kyokai*)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokio 160-0022, Japón

Tel: +81-3-3352-4285
Fax: +81-3-3352-4605
Email: zaigai@jpha.or.jp

Sección del pago de subsidio para asistencias médicas a las víctimas de la bomba atómica que residen en el extranjero (*Zaigai Hibakusha Hokeniryo Josei Jigyo Tanto Gakari*)
Asociación de Salud Pública de Japón (*Nihon Koshu Eisei Kyokai*)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokio 160-0022, Japón

Tel: +81-3-3352-4285
Fax: +81-3-3352-4605
Email: zaigai@jpha.or.jp

Por favor, corte por la línea de puntos y utilícelo como etiqueta en el momento del envío.

En caso de preverse que se harán varias solicitudes, copie y use el formulario de la página 3 al 9 (no importa que el color del papel sea blanco), o solicite la Asociación Japonesa de Salud Pública que le envíe hojas de solicitud adicionales.

Formulario Nº 5

Formulario de Solicitud del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica y Formulario de Solicitud de Confirmación de Ser Objeto de la Recepción del Subsidio (Gastos Médicos)

Número de la notificación para certificar el derecho al subsidio			-					
(Si esta es su primera solicitud y no tiene el número de notificación de confirmación de ser objeto de la recepción del subsidio, escriba uno de los siguientes números y adjunte una copia del mismo.)								
No. de Libreta de Víctima de la Bomba Atómica (No. de Beneficiario de Cobertura de Atención Médica por Fondos Públicos)								
No. de Confirmación de la Situación en el Momento de Sufrir la Bomba Atómica (o Documento de Confirmación de Víctima de la Bomba Atómica)								

Nombre		Fecha de nacimiento: (Día/Mes/Año)	Sexo Hombre/Mujer
País de residencia			
Domicilio			
Teléfono			
Correo electrónico			

Nombre - Correo electrónico - Número de teléfono de alguien además de usted con quien sea posible contactar

Cuenta de Depósitos *1	Nombre de la institución bancaria	
	Nombre de la oficina principal/sucursal	
	Dirección de la oficina principal/sucursal	
	Número de cuenta	
	Titular de la cuenta	
	Código SWIFT/BIC	
	Código IBAN *2	

Importe pagado por el interesado	En moneda local (Unidad)

*1
- **Asegúrese de adjuntar una copia de la libreta de depósitos o un documento con el cual se pueda confirmar la cuenta.**
- **El titular de la cuenta para el pago debe ser el solicitante mismo.**

*2 Deben escribir solamente aquellos cuyo domicilio esté en América del Sur o en Europa.

Como se ha mencionado arriba, adjunto los documentos relacionados con el fin de ser otorgado del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica del año 2024.

Fecha: / / (Día/ Mes/Año)

Nombre del solicitante:

_____

***La correspondiente columna de firma debe ser firmada por el propio solicitante.**

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

Nombre del apoderado:

Información de contacto del apoderado:

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

Al señor gobernador de la prefectura de Hiroshima

Formulario Nº 5-2

Detalle de la solicitud del gastos de asistencia médica

	Importe	Descripción (Especifique el nombre de hospital en caso de haber sido hospitalizado)
Enero		
Febrero		
Marzo		
Abril		
Mayo		
Junio		
Julio		
Agosto		
Septiembre		
Octubre		
Noviembre		
Diciembre		
Total		

(Nota 1) En cuanto a los recibos correspondientes a los gastos de cada mes preséntelos pegándolos en la hoja para los recibos de la página 6 (Formulario No.5-3) según los meses.

(Nota 2) Escriba el importe en moneda local del país de residencia.

Formulario Nº 5-3

Hoja para los recibos correspondientes al mes de (　　)

(Nota 1) Es necesario que en los recibos se mencionen los 4 siguientes puntos:

1) El importe pagado
2) El nombre de la persona que ha pagado ese importe (debe coincidir con el nombre de la misma persona que presenta la solicitud.)
3) El Nombre, dirección, número de teléfono de la institución médica
4) La fecha de pago

(Nota 2) Preste atención: Los recibos no se devolverán.

(Nota 3) Copie este formulario según las necesidades y prepare una hoja para cada mes. No es necesario utilizar este formulario, si se indica claramente el mes correspondiente.

Formulario Nº 6

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

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

Día: Mes: Año:

Al señor Gobernador de la Prefectura de Hiroshima

País de residencia:_____
Domicilio:_____

Nombre:_____
Número de teléfono:_____

Nombre de la institución médica	Domicilio de la institución médica	Número de teléfono

Formulario Nº 7

Solicitud del cambio del contenido confirmado

(Cambio de nombre/domicilio/número de teléfono)

Día: Mes: Año:

Al señor Gobernador de la Prefectura de Hiroshima

Domicilio (posterior al cambio)_____
Nombre (posterior al cambio)

_____

***La correspondiente columna de firma debe ser firmada por el propio solicitante.**

Llene solo los ítems en que haya modificación.

Número de la notificación para certificar el derecho al subsidio				-					
Nombre	Nombre anterior al cambio								
	Nombre posterior al cambio								
Domicilio	Domicilio anterior al cambio								
	Domicilio posterior al cambio								
Número de teléfono	Número de teléfono anterior al cambio	(Escriba desde el código del país.)							
	Número de teléfono posterior al cambio	(Escriba desde el código del país.)							
Fecha del cambio		Día: Mes: Año:							

* Por favor adjunte documentos con los que se pueda comprobar el contenido del cambio y un documento que certifique la identidad del solicitante.

* Esta declaración está destinada para solicitud para subsidio de asistencia médica, y el procedimiento en municipalidad de emisión de la libreta de víctima de bomba atómica, debe llevarse a cabo por separado.

Formulario Nº 8

Solicitud del pago de subsidio (Para la solicitud después de la muerte)

1. Anote los datos de la víctima de la bomba atómica solicitante.

Número de la notificación para certificar el derecho al subsidio			—					

Nombre		Fecha de nacimiento: (Día/Mes/Año)	Sexo Hombre/Mujer
País de residencia			
Domicilio			

2. Por favor describa el solicitante.

Nombre		Relación con la víctima de la bomba atómica	
País de residencia			
Domicilio			
Teléfono	(Escriba desde el código del país)		
Correo Electrónico			
Cuenta de depósitos *1	Nombre de la institución bancaria		
	Nombre de la oficina principal/sucursal		
	Dirección de la oficina principal/ sucursal		
	Número de cuenta		
	Titular de la cuenta		
	Código SWIFT/BIC		
	Código IBAN *2		
Importe de solicitud	En moneda local	(Unidad)	

El solicitante debe asegurarse de adjuntar un documento que certifique ser el heredero del sobreviviente de la bomba atómica que ha fallecido.

*1

- **Asegúrese de adjuntar una copia de la libreta de depósitos o un documento con el cual se pueda confirmar la cuenta.**
- **El titular de la cuenta para el pago debe ser el solicitante mismo.**

*2 Deben escribir solamente aquellos cuyo domicilio esté en América del Sur o en Europa.

Conforme a lo escrito en la parte superior, adjunto los documentos con el fin de ser otorgado del pago del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica del año 2024 respecto del fallecido/a _____.

Si por casualidad, tras la recepción se produjese un litigio relacionado con el Subsidio para costes de asistencia médica, juro que no voy a hacer responsable al gobernador de la Prefectura de Hiroshima y que yo asumiré todas las responsabilidades.

Fecha: Año Mes Día

Nombre del solicitante

_____

***La correspondiente columna de firma debe ser firmada por el propio solicitante.**

Al gobernador de la prefectura de Hiroshima

Formulario Nº 9

Notificación de la muerte

Año Mes Día

Al gobernador de la prefectura de Hiroshima

Notifico la muerte como se detalla a continuación, adjuntando los documentos relacionados.

Nombre		Relación con la víctima de la bomba atómica	
País de Residencia			
Domicilio			
Teléfono	(Escriba desde el código del país)		

Persona fallecida	Número de la notificación para certificar el derecho al subsidio			–					
	Nombre								
	Domicilio en el momento de la muerte								
	Fecha de la muerte								

* Adjunte un documento (Certificado de Defunción expedido por organismos públicos u hospitales) con el cual se pueda confirmar la fecha de la muerte.

* Esta declaración está destinada para solicitud para subsidio de asistencia médica, y el procedimiento en municipalidad de emisión de la libreta de víctima de bomba atómica, debe llevarse a cabo por separado.
* Se ruega devolver la notificación para certificar el derecho al subsidio.

Trámite de Solicitud de Subsidio para Gastos de Atención Médica según la Ley
Solicitud para casos en que se supera los 300,000 yenes, etc.

◆ Asegúrese de presentar los documentos del 1 al 5.

Columna de chequeo	Nº	Documentos a presentar
☐	1	Formulario de Solicitud de Subsidio para Gastos de Asistencia Médica y Enfermedades Generales y Solicitud de Confirmación de Ser Objeto de la Recepción del Subsidio (Formulario Nº 10)
☐	2	Documentos para verificar la cuenta bancaria donde se hará el depósito (una copia de libreta de banco, cheque, etc.)
☐	3	Documentos tal como las facturas para verificar los siguientes 4 ítems 1) Importe pagado 2) Nombre y apellido de la persona que recibió el tratamiento médico (el nombre y apellido que sean propios del solicitante mismo) En el caso de incluirse en el recibo gastos médicos de alguna otra persona, debe subrayarse la cantidad correspondiente al solicitante. 3) Nombre, dirección, número de teléfono de la institución * En función de la necesidad, adjuntar los siguientes documentos: ・ Si compra el medicamento a la farmacia por la prescripción de un médico: la prescripción ・ Si ha recibido un beneficio de un seguro privada seguro: certificado del beneficio del seguro, etc. 4) Fecha del pago
☐	4	Documentos como observación del médico con el nombre de la enfermedad y detalles del tratamiento, etc.
☐	5	Una copia de libreta de salud de víctima de la bomba atómica

Por favor, si es necesario presente los siguientes documentos del 6 al 12.

☐	6	Una copia del certificado de enfermedad por bomba atómica * Enviar solamente si está recibiendo un subsidio médico especial.
	7	Documentos de verificación de identidad *Aquellos que no reciban ningún tipo de subsidio (subsidio de gestión de salud, subsidio de salud, subsidio medico especial y subsidios especiales) deben presentar uno de los siguientes documentos. - Registro familiar entero o parcial, documento certificado por notario público, - Permiso de residencia, certificado de residencia, etc. (Documentos emitidos dentro de 1 mes antes del día de la solicitud)
☐	8	Notificación de cambio de datos (Formulario Nº 11) * Enviar solamente si hay un cambio de dirección, etc.
☐	9	Solicitud de pago (solicitud tras el fallecimiento) (Formulario Nº 12) ※ Envíe el Nº 9 en vez del Nº 1
☐	10	Registro de defunciones (Formulario Nº 13) * Adjunte documento (Certificado de Defunción expedido por organismos públicos u hospitales) con lo cual se puede verificar la fecha del fallecimiento.
☐	11	Documento que certifique la relación de parentesco o existencia del derecho a herencia de bienes
☐	12	Documentos para verificar la cuenta bancaria del beneficiario donde se realizará el depósito (La cuenta bancaria debe estar sin falta con el nombre del solicitante después del fallecimiento) * Por favor, solicitamos que presente los documentos del No. 9 al 12, sólo en caso de que el familiar solicite los gastos de asistencia médica de la víctima de la bomba atómica fallecida.

◆Período de presentación de solicitudes, etc.

Las solicitudes se examinarán y pagarán por orden de recepción.

Sin embargo, con el fin de calcular el costo de un tratamiento similar en Japón, se necesita una cantidad considerable de tiempo para su revisión. Por ese motivo, tenga en cuenta que se requerirá un cierto período de tiempo hasta el pago.

[Lugares donde se presentan los documentos para la solicitud del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica según la ley]

Sección del pago de subsidio para asistencias médicas a las víctimas de la bomba atómica que residen en el extranjero (*Zaigai Hibakusha Hokeniryo Josei Jigyo Tanto Gakari*)
Asociación de Salud Pública de Japón (*Nihon Koshu Eisei Kyokai*)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokio 160-0022, Japón

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

Sección del pago de subsidio para asistencias médicas a las víctimas de la bomba atómica que residen en el extranjero (*Zaigai Hibakusha Hokeniryo Josei Jigyo Tanto Gakari*)
Asociación de Salud Pública de Japón (*Nihon Koshu Eisei Kyokai*)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokio 160-0022, Japón

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

Sección del pago de subsidio para asistencias médicas a las víctimas de la bomba atómica que residen en el extranjero (*Zaigai Hibakusha Hokeniryo Josei Jigyo Tanto Gakari*)
Asociación de Salud Pública de Japón (*Nihon Koshu Eisei Kyokai*)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokio 160-0022, Japón

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

Sección del pago de subsidio para asistencias médicas a las víctimas de la bomba atómica que residen en el extranjero (*Zaigai Hibakusha Hokeniryo Josei Jigyo Tanto Gakari*)
Asociación de Salud Pública de Japón (*Nihon Koshu Eisei Kyokai*)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokio 160-0022, Japón

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

Por favor, corte por la línea de puntos y utilícelo como etiqueta en el momento del envío.

En caso de preverse que se harán varias solicitudes, copie y use el formulario de la página 3 al 6 (no importa que el color del papel sea blanco), o solicite la Asociación Japonesa de Salud Pública que le envíe hojas de solicitud adicionales.

Formulario Nº10

Formulario de Solicitud del Subsidio para Gastos Médicos y Gastos Médicos de Enfermedades Generales, y Formulario de Solicitud de Confirmación de Ser Objeto de la Recepción del Subsidio

Número de la notificación para certificar el derecho al subsidio			–					
(Si esta es su primera solicitud y no tiene el número de notificación de confirmación de ser objeto de la recepción del subsidio, escriba uno de los siguientes números y adjunte una copia del mismo.)								
No. de Libreta de Víctima de la Bomba Atómica (No. de Beneficiario de Cobertura de Atención Médica por Fondos Públicos)			–					
No. de Confirmación de la Situación al Momento de Sufrir la Bomba Atómica (o Documento de Confirmación de Víctima de la Bomba Atómica)								

En Katakana		Fecha de nacimiento: (Día/Mes/Año)	Sexo
Nombre			Hombre/Mujer
País de residencia			
Domicilio			
Teléfono			
Correo electrónico			
Nombre - Correo electrónico - Número de teléfono de alguien además de usted con quien sea posible contactar			

Cuenta de Depósitos *1	Nombre de la institución bancaria	
	Nombre de la oficina principal/ sucursal	
	Dirección de la oficina principal/ sucursal	
	Número de cuenta	
	Titular de la cuenta	
	Código SWIFT/BIC	
	Código IBAN *2	

Su enfermedad está reconocida como causada por los efectos de la bomba atómica al momento de solicitud.	Sí / No
Importe de solicitud	En moneda local (Unidad)

*1

- **Asegúrese de adjuntar una copia de la libreta de depósitos o un documento con el cual se pueda confirmar la cuenta.**
- **El titular de la cuenta para el pago debe ser el solicitante mismo.**

***2 Deben escribir solamente aquellos cuyo domicilio esté en América del Sur o en Europa.**

Como se ha mencionado arriba, de conformidad con lo dispuesto en la Ley de Ayuda a las Víctimas de la Bomba Atómica Artículo 17 (Artículo 18), adjunto los documentos pertinentes para solicitar el pago de los gastos médicos (gastos médicos de enfermedades generales). Asimismo, delego el recibo de los gastos médicos (gastos médicos de enfermedades generales) a la Asociación Japonesa de la Salud Pública.

Fecha: / / (Día/ Mes/Año)

Nombre del solicitante _____

***La correspondiente columna de firma debe ser firmada por el propio solicitante.**

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

Nombre del apoderado:

Información de contacto del apoderado:

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

Al señor gobernador de la prefectura de Hiroshima

Formulario Nº 11

Solicitud del cambio del contenido confirmado

(Cambio de nombre/domicilio/número de teléfono)

Día: Mes: Año:

Al Señor Gobernador de la Prefectura de Hiroshima

Domicilio (posterior al cambio)_____
Nombre (posterior al cambio)
_____

***La correspondiente columna de firma debe ser firmada por el propio solicitante.**

Por favor, incluya sólo los elementos que han sido cambiados.

Número de la notificación para certificar el derecho al subsidio				–					
Nombre	Nombre anterior al cambio								
	Nombre posterior al cambio								
Domicilio	Domicilio anterior al cambio								
	Domicilio posterior al cambio								
Número de teléfono	Número de teléfono anterior al cambio	(Escriba desde el código del país.)							
	Número de teléfono posterior al cambio	(Escriba desde el código del país.)							
Fecha del cambio		Día: Mes: Año:							

* Por favor adjunte documentos con los que se pueda comprobar el contenido del cambio y un documento que certifique la identidad del solicitante.

* Esta declaración está destinada a la solicitud de servicio de subsidio para asistencia médica, y el procedimiento en municipalidad de emisión de la libreta de víctima de bomba atómica, debe llevarse a cabo por separado.

Formulario Nº 12

Solicitud del pago de subsidio para gastos médicos y gastos para enfermedades generales (Para la solicitud después de la muerte)

1. Anote los datos de la víctima de la bomba atómica solicitante.

Número de la notificación para certificar el derecho al subsidio				—					
Nombre		Fecha de nacimiento: (Día/Mes/Año)					Sexo Hombre/Mujer		
Domicilio									

2. Por favor describa el solicitante.

Nombre		Relación con la víctima de la bomba atómica	
País de residencia			
Domicilio			
Teléfono	(Escriba desde el código del país)		
Correo electrónico			
Cuenta de depósitos *1	Nombre de la institución bancaria		
	Nombre de la oficina principal/sucursal		
	Dirección de la oficina principal/ sucursal		
	Número de cuenta		
	Titular de la cuenta		
	Código SWIFT/BIC		
	Código IBAN *2		
Importe pagado por el interesado	En moneda local		(Unidad)

El solicitante debe asegurarse de adjuntar un documento que certifique ser el heredero del sobreviviente de la bomba atómica que ha fallecido.

*1

- **Asegúrese de adjuntar una copia de la libreta de depósitos o un documento con el cual se pueda confirmar la cuenta.**
- **El titular de la cuenta para el pago debe ser el solicitante mismo**

*2 Deben escribir solamente aquellos cuyo domicilio esté en América del Sur o en Europa.

En base a lo descrito anteriormente, adjunto los documentos relacionados con el fallecido/a _____ con el fin de solicitar la recepción del pago de los gastos médicos (gastos médicos generales) según lo dispuesto por Artículo 17 (Artículo 18) de la Ley de Apoyo a las Víctimas de la Bomba Atómica. Asimismo, delego la recepción del pago de los gastos médicos (gastos médicos generales) en la Asociación de Salud Pública de Japón.

Si por casualidad, tras la recepción se produjese un litigio relacionado con el pago de dichos gastos médicos, juro que no voy a hacer responsable al gobernador de la Prefectura de Hiroshima y que yo asumiré todas las responsabilidades.

Fecha: Año Mes Día

Nombre del solicitante:

_____

***La correspondiente columna de firma debe ser firmada por el propio solicitante.**

Al gobernador de la prefectura de Hiroshima

Formulario Nº 13

Notificación de la muerte

Año Mes Día

Al gobernador de la prefectura de Hiroshima

Notifico la muerte como se detalla a continuación, adjuntando los documentos relacionados.

Nombre		Relación con la víctima de la bomba atómica	
País de Residencia			
Domicilio			
Teléfono	(Escriba desde el código del país)		

Persona fallecida	Número de la notificación para certificar el derecho al subsidio				–					
	Nombre									
	Domicilio en el momento de la muerte									
	Fecha de la muerte									

* Adjunte un documento (Certificado de Defunción expedido por organismos públicos u hospitales) con el cual se pueda confirmar la fecha de la muerte.

* Esta declaración está destinada a la solicitud de subsidio para “gastos médicos (gastos médicos generales)”, y el procedimiento en municipalidad de emisión de la libreta de víctima de bomba atómica, debe llevarse a cabo por separado.
* Se ruega devolver la notificación para certificar el derecho al subsidio.