

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 ley8
 - 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 2025

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 excede de 300,000 también se puede solicitar como “2.Atención médica basada en la ley” .

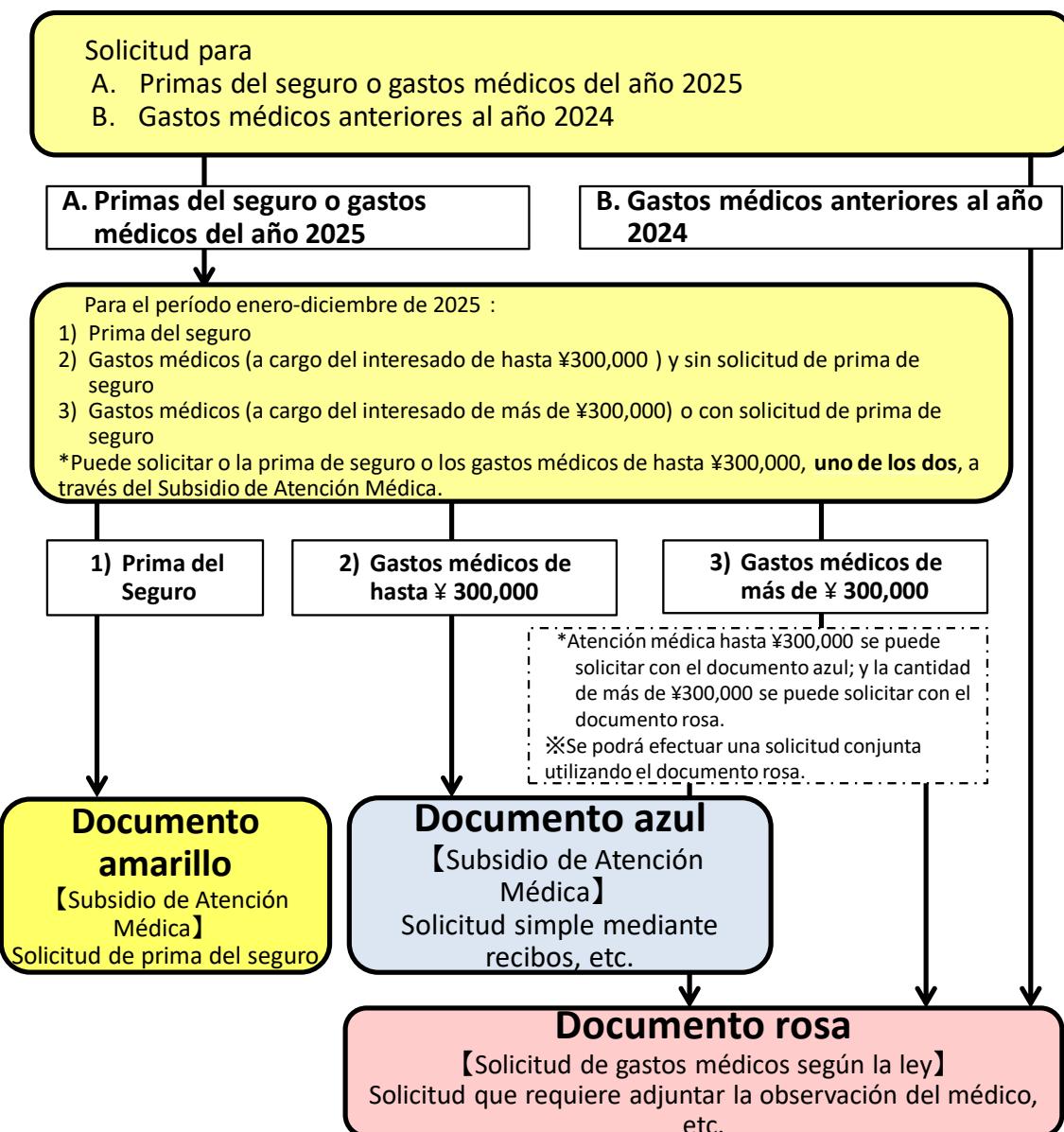
[Sumario]

	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.	<p>Solicitud simple mediante recibos</p> <ul style="list-style-type: none">○ Formulario de solicitud○ Recibo (documento que identifique al emisor y contenga información detallada)○ Documentos de confirmación de cuenta destinataria para transferencia (un cheque anulado o una copia de la libreta bancaria)○ Copia de la libreta de salud de víctimas de la bomba atómica	<p>Solicitud que requiere adjuntar la observación del médico, etc.</p> <ul style="list-style-type: none">○ Formulario de solicitud○ Recibo (documento que identifique al emisor y contenga información detallada)○ Documentos de confirmación de cuenta destinataria para transferencia (un cheque anulado o una copia de la libreta bancaria)○ 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.	
Lugar de presentación	Asociación de Salud Pública de Japón	

Fecha límite	Debe llegar hasta mediados de enero de 2026	
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. ※En algunos casos, el proceso puede tardar más de un año.

※Con respecto al formulario de solicitud, asegúrese de que la fecha de solicitud y la firma estén debidamente completadas.

【¿Cómo elegir los documentos de la solicitud?】



◎La solicitud mediante el documento rosa puede realizarse incluso si el monto no supera los 300,000 yenes; sin embargo, el proceso de evaluación puede requerir un tiempo considerable.

◎Es posible que ciertos tratamientos, como los realizados con fines estéticos, no estén cubiertos por este sistema.

En caso de dudas, comuníquese con la
Asociación de Salud Pública de Japón (Nihon Koshu Eisei Kyokai)
[TEL:+81-3-3352-4285](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 2025, 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 recibarlo 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	2,000,000 ARS
Mancomunidad de Australia	Dólar australiano	3,126 AUD
Estado Plurinacional de Bolivia	Boliviano	12,971 BOB
República Federativa del Brasil	Real	10,601 BRL
Canadá	Dólar canadiense	2,838 CAD
República Popular de China	RMB	14,334 CNY
UE	Euro	1,834 EUR
República de Indonesia	Rupias	29,411,765 IDR
Estados Unidos Mexicanos	Nuevo peso	36,015 MXN
República Filipina	Peso filipino	108,696 PHP
República de Singapur	Dólar de Singapur	2,669 SGD
Reino de Suecia	Corona sueca	19,557 SEK
Federación Suiza	Franco suizo	1,760 CHF
Taiwán	Nuevo dólar taiwanés	64,795 TWD
Reino de Tailandia	Baht tailandés	66,667 THB
Reino Unido	Libra esterlina	1,518 GBP
Estados Unidos de América	Dólar estadounidense	1,989 USD
República Oriental del Uruguay	Peso uruguayo	84,746 UYU
República Democrática de Vietnam	Don	48,387,097 VND

* Basado en el tipo de cambio del inicio de abril de 2025.

(1) Beneficiarios

- Aquellas personas expuestas a la Bomba Atómica que residen fuera de Japón y que han recibido la Libreta de Salud para Víctimas de la Bomba Atómica o el Certificado de Verificación de la Situación al Momento de la Exposición, y que deseen solicitar asistencia para cubrir gastos médicos o primas de seguro médico derivados de tratamientos recibidos en instituciones médicas de su país de residencia, siempre que hayan sido previamente reconocidas por la prefectura de Hiroshima o Nagasaki como personas aptas para recibir dicha asistencia sanitaria.
- Si el susodicho beneficiario ha fallecido, será el familiar que lo represente.

(2) Gastos médicos aplicables

De los gastos asumidos personalmente en instituciones médicas locales, se pagarán **hasta 300,000 yenes como límite superior anual (ver pág. 4*)**.

- **Pago realizado durante 1 año**, de enero a diciembre de 2025
 - Primas de seguro o gastos médicos pagados conforme a la consulta médica y a las indicaciones o prescripciones del médico
 - Gastos de diagnósticos de salud

Los siguientes gastos, en principio, no son elegibles para la asistencia, pero pueden ser cubiertos si se presenta una indicación médica:

- Medicamentos de venta libre o adquiridos por decisión propia
- Yoga, shiatsu, acupuntura, fisioterapia, consejería, masajes, entre otros

(3) Fecha límite de presentación

La documentación deberá llegar hasta la fecha límite para la presentación de la solicitud que es mediados de enero de 2026.
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) Sobre la solicitud conjunta con los gastos médicos conforme a la legislación vigente

- 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.

[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
 - Intervenciones con finalidad estética, etc.

*Los gastos por tratamientos con materiales tales como porcelana, zirconio o cerámica serán evaluados considerando los materiales cubiertos por el seguro médico japonés.

(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

Método de cálculo de los gastos médicos conforme a la ley

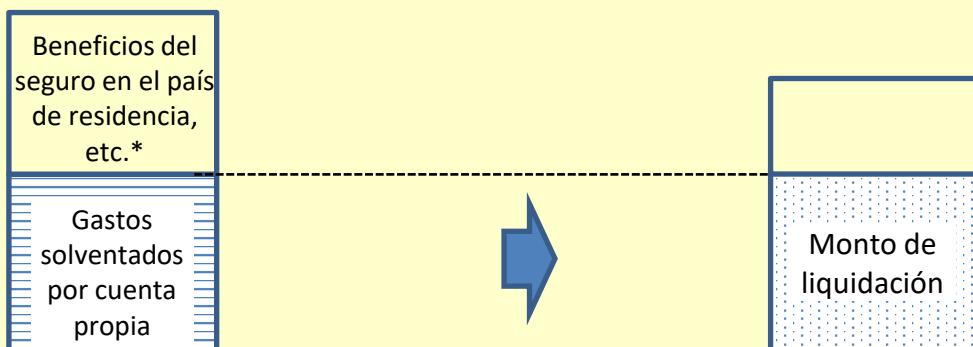
1) En caso de que la atención médica ofrecida en el país de residencia sea similar a la ofrecida en Japón y el monto convertido en honorarios de servicios médicos en Japón exceda el monto de gastos solventados por cuenta propia

⇒ 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

(Gastos médicos en el país de residencia)

(Conversión a honorarios de servicios médicos en Japón)



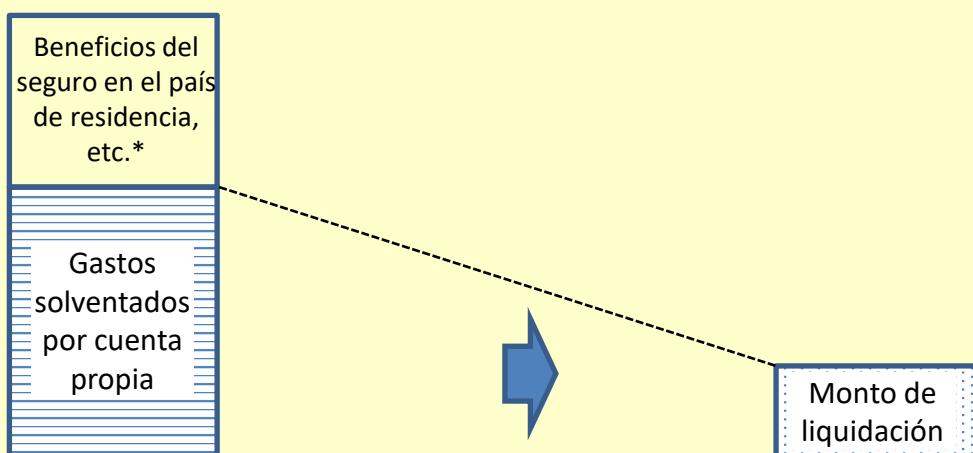
2) En caso de que la atención médica ofrecida en el país de residencia sea considerablemente más costosa que la ofrecida en Japón

⇒ 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

(Gastos médicos en el país de residencia)

(Conversión a honorarios de servicios médicos en Japón)



**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
<input type="checkbox"/>	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)
<input type="checkbox"/>	2	Documentos para verificar la cuenta bancaria donde se hará el depósito (copia de la libreta de banco, cheque, etc.)
<input type="checkbox"/>	3	Detalle de la Solicitud del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica En caso de pago mensual: El formulario Nº1-2 En caso de otra periodicidad de pago: El formulario Nº1-3
<input type="checkbox"/>	4	Las facturas de las primas de seguros para verificar los siguientes 4 ítems 1) <u>Importe pagado</u> 2) <u>Nombre y apellido de la persona que pagó la prima (el nombre y apellido que sean propios del solicitante mismo)</u> En el caso de incluirse en el recibo prima del seguro de alguna otra persona, debe subrayarse la cantidad correspondiente al solicitante. 3) <u>El nombre, el domicilio y el número de teléfono de las compañías de seguro</u> 4) <u>Fecha del pago</u>
<input type="checkbox"/>	5	Una copia del contrato del seguro * El seguro corresponde con el seguro médico que incluye el período desde enero a diciembre de 2025 en el plazo disponible para recibir indemnización por el seguro.
<input type="checkbox"/>	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

Presente los documentos 7 y 8 según sea necesario. Los documentos del 9 al 12 deben ser presentados cuando los familiares del fallecido soliciten el reembolso de las primas de seguros de la víctima de la bomba atómica.

	7	Documentos de verificación de identidad *Aquellos que no reciban ningún tipo de subsidio (subsidio de gestión de salud, subsidio de salud, subsidio médico especial o subsidios especiales) deben presentar uno de los siguientes documentos, emitido dentro del mes anterior a la fecha de la solicitud. - Registro familiar entero o parcial, documento certificado por notario público, - Permiso de residencia, certificado de residencia, etc.
<input type="checkbox"/>	8	Notificación de cambio de datos (Formulario Nº 2) * Enviar solamente si hay un cambio de dirección, etc., en el momento de solicitar el reembolso de las primas de seguros.
<input type="checkbox"/>	9	Solicitud de pago (solicitud tras el fallecimiento) (Formulario Nº 3) * Presentar el documento Nº9 en vez del Nº1. * Adjunte un documento (Certificado de Defunción expedido por organismos públicos u hospitalares) con lo cual se puede verificar la fecha del fallecimiento.
<input type="checkbox"/>	10	Registro de fallecimiento (Formulario Nº4) * Por favor, presente solo en caso de que se presente una solicitud de las primas de seguros.
<input type="checkbox"/>	11	Documento que certifique la relación de parentesco o existencia del derecho a herencia de bienes

<input type="checkbox"/>	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)
--------------------------	----	--

- ◆ Período de presentación de solicitudes, etc.

[Fecha límite para la presentación de la solicitud: Recepción hasta mediados de enero de 2026]

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



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 4 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.

En caso de que el envío por correo postal resulte difícil, también se aceptarán solicitudes por correo electrónico. Envíelas a la siguiente dirección:

zaigai@jpha.or.jp

※ Asegúrese de enviar el correo a la dirección correcta.

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			-				
No. de Libreta de Víctima de la Bomba Atómica (No. de Beneficiario de Cobertura de Atención Médica por Fondos Públicos)							
En Katakana		Fecha de nacimiento: (Día/Mes/Año)			Sexo		
Nombre							
País de residencia							
Domicilio							
Teléfono							
Correo electrónico							
Nombre y apellido(s) de alguien además de usted con quien sea posible contactar					Relación		
Número de teléfono*1							
Correo electrónico*1							
Cuenta de Depósitos *2	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 *3						
Importe pagado por el interesado	En moneda local						(Unidad)

*1 Esta información de contacto se utilizará únicamente en caso de que no sea posible comunicarse directamente con la persona interesada.

*2- 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.

*3 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 2025.

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

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) Adjunte los recibos correspondientes a los gastos de cada mes.

(Nota 2) El recibo debe contener los siguientes cuatro elementos:

1. El monto pagado.
 2. El nombre de la persona que realizó el pago del seguro (debe coincidir con el nombre del solicitante).
En caso de que el recibo incluya pagos correspondientes a personas distintas del solicitante, deberá subrayarse únicamente la parte correspondiente al solicitante para su identificación.
 3. El nombre, dirección y número de teléfono de la compañía de seguros o del hospital.
 4. La fecha de pago.

(Nota 3) 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)

(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) El recibo debe contener los siguientes cuatro elementos:

1. El monto pagado.
 2. El nombre de la persona que realizó el pago del seguro (debe coincidir con el nombre del solicitante).
En caso de que el recibo incluya pagos correspondientes a personas distintas del solicitante, deberá subrayarse únicamente la parte correspondiente al solicitante para su identificación.
 3. El nombre, dirección y número de teléfono de la compañía de seguros o del hospital.
 4. La fecha de pago.

(Nota 3) 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 ()

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.

Este formulario debe presentarse únicamente en caso de que existan cambios en el momento de solicitar las primas de seguros.

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.

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			
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 y un certificado de defunción.

*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 2025 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

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										

- * Presente solo en caso de solicitud de reembolso de primas de seguros.
- * Esta declaración está destinada para solicitar 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.

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 5.

Columna de chequeo	Nº	Documentos a presentar
<input type="checkbox"/>	1	Formulario de Solicitud del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica y Solicitud de Confirmación de Ser Objeto de la Recepción del Subsidio (Formulario N° 5)
<input type="checkbox"/>	2	Documentos para verificar la cuenta bancaria donde se hará el depósito (una copia de libreta de banco, cheque, etc.)
<input type="checkbox"/>	3	Detalle de la Solicitud del Subsidio para Gastos de Asistencia Médica (Formulario N° 5-2)
<input type="checkbox"/>	4	Documentos tal como las facturas para verificar los siguientes 4 ítems 1) <u>Importe pagado</u> 2) <u>NOMBRE Y APELLIDO DE LA PERSONA QUE RECIBIÓ EL TRATAMIENTO MÉDICO (EL NOMBRE Y APELLIDO QUE SEAN PROPIOS DEL SOLICITANTE MISMO)</u> En el caso de incluirse en el recibo gastos médicos de alguna otra persona, debe subrayarse la cantidad correspondiente al solicitante. 3) <u>NOMBRE, DIRECCIÓN, NÚMERO DE TELÉFONO DE LA INSTITUCIÓN</u> * En función de la necesidad, adjuntar los siguientes documentos: • Si compra el medicamento en la farmacia por la prescripción de un médico: la prescripción y la indicación médica • Si ha recibido un beneficio de un seguro privado: certificado del beneficio del seguro, etc. 4) <u>FECHA DEL PAGO</u>
<input type="checkbox"/>	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

Presente los documentos 6 y 7 según sea necesario. Los documentos del 8 al 11 deben ser presentados cuando los familiares del fallecido soliciten el reembolso de los gastos médicos de la víctima de la bomba atómica.

	6	Documentos de verificación de identidad * Aquellos que no reciban ningún tipo de subsidio (subsidio de gestión de salud, subsidio de salud, subsidio médico especial y subsidios especiales) deben presentar uno de los siguientes documentos, emitido dentro del mes anterior a la fecha de la solicitud. - Registro familiar entero o parcial, documento certificado por notario público - Permiso de residencia, certificado de residencia, etc.
<input type="checkbox"/>	7	Notificación de cambio de datos (Formulario N° 6) * Exiliar solamente si hay un cambio de dirección, etc., en el momento de solicitar el reembolso de los gastos médicos.
<input type="checkbox"/>	8	Solicitud del pago de subsidio (Para la solicitud después de la muerte) (Formulario N° 7) *Por favor, presente el documento 8 en lugar del documento 1. * Adjunte un documento (Certificado de Defunción expedido por organismos públicos u hospitalares) con lo cual se puede verificar la fecha del fallecimiento.
<input type="checkbox"/>	9	Registro de defunciones (Formulario No. 8) * Por favor, presente solo en caso de que se presente una solicitud de gastos médicos.
<input type="checkbox"/>	10	Documento que certifique la relación de parentesco o existencia del derecho a herencia de bienes
<input type="checkbox"/>	11	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)

◆ Período de presentación de solicitudes, etc.

**[Fecha límite para la presentación de la solicitud:
Recepción hasta mediados de enero de 2026]**

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



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 7 (no importa que el color del papel sea blanco), o solicite la Asociación Japonesa de Salud Pública que le envíe hojas de solicitud adicionales.

En caso de que el envío por correo postal resulte difícil, también se aceptarán solicitudes por correo electrónico. Envíelas a la siguiente dirección:

zaigai@jpha.or.jp

※ Asegúrese de enviar el correo a la dirección correcta.

Formulario N° 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				-				
No. de Libreta de Víctima de la Bomba Atómica (No. de Beneficiario de Cobertura de Atención Médica por Fondos Públicos)								
Nombre		Fecha de nacimiento: (Día/Mes/Año)			Sexo			
País de residencia								
Domicilio								
Teléfono								
Correo electrónico								
Nombre y apellido(s) de alguien además de usted con quien sea posible contactar					Relación			
Número de teléfono*1								
Correo electrónico*1								
Cuenta de Depósitos *2	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 *3							
Importe pagado por el interesado	En moneda local			(Unidad)				

*1 Esta información de contacto se utilizará únicamente en caso de que no sea posible comunicarse directamente con la persona interesada.

*2 - 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.

*3 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 2025.

Fecha: / / (Día/ Mes/Año)

Nombre y apellido(s) 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

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) Adjunte también los recibos u otros comprobantes correspondientes a los gastos de cada mes.

(Nota 2) Es necesario que en los recibos se mencionen los siguientes 4 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 3) Indique los importes en la moneda del país de residencia.

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.

Este formulario debe presentarse únicamente en caso de que existan cambios en el momento de solicitar los gastos médicos.

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.

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		
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 y un certificado de defunción.

*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 2025 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 y apellido(s) del solicitante _____

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

Al gobernador de la prefectura de Hiroshima

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								

- * Presente solo en caso de solicitud de reembolso de gastos médicos.
- * 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.
- * Preséntelo únicamente en caso de que la solicitud se realice después del fallecimiento.

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
<input type="checkbox"/>	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 9)
<input type="checkbox"/>	2	Documentos para verificar la cuenta bancaria donde se hará el depósito (una copia de libreta de banco, cheque, etc.)
<input type="checkbox"/>	3	Documentos tal como las facturas para verificar los siguientes 4 ítems 1) <u>Importe pagado</u> 2) <u>Nombre y apellido de la persona que recibió el tratamiento médico (el nombre y apellido que sean propios del solicitante mismo)</u> En el caso de incluirse en el recibo gastos médicos de alguna otra persona, debe subrayarse la cantidad correspondiente al solicitante. 3) <u>Nombre, dirección, número de teléfono de la institución</u> * En función de la necesidad, adjuntar los siguientes documentos: • Si compra el medicamento en la farmacia por la prescripción de un médico: la prescripción y la indicación médica • Si ha recibido un beneficio de un seguro privada seguro: certificado del beneficio del seguro, etc. 4) <u>Fecha del pago</u>
<input type="checkbox"/>	4	Documentos como observación del médico con el nombre de la enfermedad y detalles del tratamiento, etc.
<input type="checkbox"/>	5	Una copia de libreta de salud de víctima de la bomba atómica

Presente los documentos 6 y 8 según sea necesario. Los documentos del 9 al 12 deben ser presentados cuando los familiares del fallecido soliciten el reembolso de los gastos médicos de la víctima de la bomba atómica.

<input type="checkbox"/>	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 médico especial y subsidios especiales) deben presentar uno de los siguientes documentos, emitido dentro del mes anterior a la fecha de la solicitud. - Registro familiar entero o parcial, documento certificado por notario público, - Permiso de residencia, certificado de residencia, etc.
<input type="checkbox"/>	8	Notificación de cambio de datos (Formulario Nº 10) * Enviar solamente si hay un cambio de dirección, etc., en el momento de solicitar el reembolso de los gastos médicos.
<input type="checkbox"/>	9	Solicitud de pago (solicitud tras el fallecimiento) (Formulario Nº 11) * Por favor, presente el Nº 9 en lugar del Nº 1 * Adjunte documento (Certificado de Defunción expedido por organismos públicos u hospitalares) con lo cual se puede verificar la fecha del fallecimiento.
<input type="checkbox"/>	10	Registro de defunciones (Formulario Nº 12) * Por favor, presente solo en caso de que se presente una solicitud de gastos médicos.
<input type="checkbox"/>	11	Documento que certifique la relación de parentesco o existencia del derecho a herencia de bienes
<input type="checkbox"/>	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)

◆ 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



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.

En caso de que el envío por correo postal resulte difícil, también se aceptarán solicitudes por correo electrónico. Envíelas a la siguiente dirección:

zaigai@jpha.or.jp

※ Asegúrese de enviar el correo a la dirección correcta.

Formulario N°9

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		—						
No. de Libreta de Víctima de la Bomba Atómica (No. de Beneficiario de Cobertura de Atención Médica por Fondos Públicos)		—						
En Katakana			Fecha de nacimiento: (Día/Mes/Año)			Sexo		
Nombre								
País de residencia								
Domicilio								
Teléfono								
Correo electrónico								
Nombre y apellido(s) de alguien además de usted con quien sea posible contactar				Relación				
Número de teléfono※1								
Correo electrónico※1								
Cuenta de Depósitos *2	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 *3								
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 Esta información de contacto se utilizará únicamente en caso de que no sea posible comunicarse directamente con la persona interesada.

*2- 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.

*3 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, deleo 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

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.

Este formulario debe presentarse únicamente en caso de que existan cambios en el momento de solicitar los gastos médicos.

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 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.

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		
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 y un certificado de defunción.

*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, deleo 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

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									

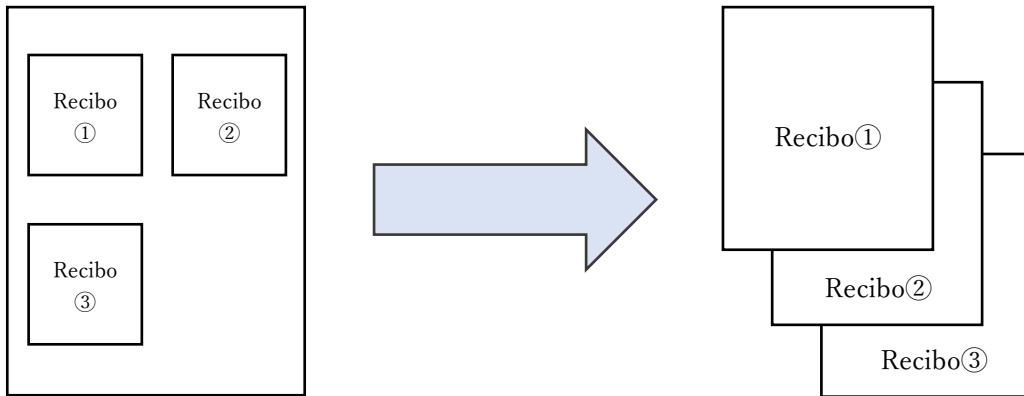
- * Esta declaración está destinada a la solicitud de subsidio para “gastos médicos (gastos médicos generales)”, y el procedimiento en municipalidad de emisión de la libreta de víctima de bomba atómica, debe llevarse a cabo por separado.
- * Preséntelo únicamente en caso de que la solicitud se realice después del fallecimiento.

[IMPORTANTE] Aviso sobre el procedimiento de presentación de recibos

1. Cambio en el procedimiento de presentación de recibos <aplicable a todos>

【Contenido del cambio】

Hasta ahora, con el fin de evitar la pérdida de recibos, se requería pegar los recibos en una hoja de soporte mensual. Sin embargo, a partir de 2025, se eliminará el uso de dicha hoja de soporte. En adelante, los recibos deberán presentarse tal como están, sin pegarlos en ninguna hoja.



【Procedimiento de entrega】

- ❖ Presente los recibos en su estado original, sin alteraciones.
- ❖ No los adhiera con pegamento ni los sujeté con grapas.
- ❖ En caso de que sea necesario organizarlos, utilice un clip o cinta adhesiva removible.
- ❖ Solo se aceptarán recibos que incluyan los siguientes cuatro elementos:
 - ① Monto pagado
 - ② Nombre de la persona que recibió la atención médica (o de quien pagó la prima del seguro)
※ Si el recibo incluye gastos de otras personas, subraye claramente la parte correspondiente a la persona en cuestión.
 - ③ Nombre, dirección y número de teléfono del centro médico (o de la compañía de seguros)
 - ④ Fecha de pago

2. Tratamiento de los recibos impresos en papel térmico <aplicable a todos>

- ❖ Dado que el texto impreso en papel térmico tiende a desvanecerse con el tiempo, le solicitamos que presente una copia o escaneo del recibo.
- ❖ Si no le es posible realizar una copia, también se aceptará el envío por correo electrónico en formato PDF u otro formato.
- ❖ Tenga en cuenta que, si la información del recibo no es legible, la solicitud podría ser rechazada.

3. Sobre los recibos <Solicitud de reembolso de gastos médicos conforme a la ley>

- ❖ Los recibos que solo indiquen el monto pagado no permiten calcular correctamente el contenido de la solicitud.
- ❖ Asegúrese de presentar uno de los siguientes documentos:
 - Recibo en el que se detallen los actos médicos realizados o los exámenes efectuados
 - O bien, una hoja adicional (hoja de detalle) donde se especifique el contenido de la consulta médica

※No es necesario presentar los resultados de los exámenes. Lo que se requiere es un detalle que indique qué tipo de atención médica o pruebas se recibieron. Si la información no está claramente especificada, podría no ser posible realizar el cálculo correspondiente.

Con el fin de facilitar el proceso de solicitud, agradecemos su comprensión y colaboración.

En el caso de realizar una solicitud conforme a la normativa vigente, es necesario prestar atención a los siguientes puntos.

◎Ejemplo de recibo que contiene la información requerida◎

Recibo

①Hospital ABC

②John Smith

③27/5/2025 Consulta médica

④40 USD

08/6/2025 Consulta médica CT análisis de sangre 155USD

△Ejemplo de recibo incompleto△

Recibo

① Hospital ABC

③23/1/2025

Como gasto médico

④155 USD (importe facturado)

No es posible realizar el cálculo si el documento no incluye el nombre ni los detalles necesarios, y no permite identificar el tipo de atención recibida.

En primer lugar, por favor escriba a mano el nombre de la persona atendida.

A continuación, complete el espacio en blanco con la información sobre el tratamiento recibido.

En caso de tratarse de una factura, adjunte además un comprobante de pago.

Recibo

①Hospital ABC ③23/1/2025

Como gasto médico

④155 USD

② John Smith Consulta médica CT análisis de sangre

Comprobante

de pago

"Amount Due" o "You Pay" no constituyen una prueba de pago.

Al presentar una factura, asegúrese de adjuntar siempre un recibo que coincida con el

importe facturado, como por ejemplo el extracto de tarjeta o la copia de un cheque.

Por favor, presente un comprobante en el que figure claramente "Amount Due: 0.00" o

"You Paid" como confirmación del pago realizado.