

Guía sobre la solicitud de la subvención los gastos médicos, etc.

Noviembre de 2017
Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar
Prefectura de Hiroshima

[* Este aviso es para aquellas personas que residen en Brasil, Argentina, Paraguay, Bolivia, Perú, Uruguay y Venezuela.]

A partir de enero de 2016, según lo dispuesto en las disposiciones de la Ley de Asistencia a las Víctimas de la Bomba Atómica (en lo sucesivo, la "Ley"), a aquellas personas que viven fuera de Japón se les ha posibilitado el pago de los gastos médicos sufragados personalmente en su país de residencia.

En base a esto, como se puede presentar al mismo tiempo la solicitud convencional para el Subsidio para costes de asistencia médica y el Subsidio para gastos médicos según la Ley, pasamos a explicares el método de solicitud para cada uno de ellos.

1. Solicitud sencilla mediante los recibos, etc. (Solicitud para Subsidio para costes de asistencia médica)

A través del procedimiento sencillo por recibos, etc., basado en el límite máximo del pago anual de 300.000*, puede recibir el pago del subsidio por los gastos médicos.

*En la lista de la página 2 se muestra el límite máximo de pago en monedas correspondientes a cada país de residencia. En cuanto a los gastos médicos autosufragados de enero al diciembre de 2017, dentro del alcance de lo indicado en la lista "Límite máximo del pago anual de 300.000 yenes", es posible presentar la solicitud para el subsidio de gastos médicos.

*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 presente 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 pago anual de costes de subsidios para la asistencia médica en monedas del país de residencia

(Gastos médicos pagados anualmente de enero a diciembre de 2017, etc.)

País o región	Unidad de moneda	Límite máximo de costes de subsidio para la asistencia médica
Argentina	Peso argentino	39.063 ARS
Australia	Dólar australiano	3.427 AUD
Bolivia Multiétnico	Boliviano	17.493 BOB
República Federativa del Brasil	Real	7.966 BRL
Reino de Camboya	Riel	10.830.325 KHR
Canadá	Dólar canadiense	3.52 CAD
República Popular de China	RMB	18.171 CNY
UE	Euro	2.495 EUR
Hong Kong	Dólar de Hong Kong	20.325 HKD
República de Indonesia	Rupia	31.578.947 IDR
Malasia	Ringgit	11.198 MYR
México	Peso	43.103 MXN
Marruecos	Dírham marroquí	25.554 MAD
Nueva Zelandia	Dólar neozelandés	3.722 NZD
Perú	Sol	8.251 PEN
República Filipina	Peso filipino	127.119 PHP
República Bolivariana de Venezuela	Bolívar fuerte	27.003 VEF
Reino de Arabia Saudita	Riyal saudí	9.839 SAR
República de Singapur	Dólar de Singapur	3.724 SGD
Suecia	Corona sueca	23.364 SEK
Suiza	Franco suizo	2.677 CHF
Taiwán	Nuevo dólar taiwanés	79.156 TWD
Reino de Tailandia	Baht tailandés	90.361 THB
Reino Unido	Libra esterlina	2.089 GBP
Estados Unidos	Dólar estadounidense	2.67 USD
Uruguay	Peso uruguayo	77.121 UYU
República Democrática de Vietnam	Don	57.692.308 VND

※ Se ajusta al tipo de cambio de a principios de abril de 2017.

※ Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la Asociación de Salud Pública de Japón (Nihon Kosshu Eisei Kyokai)

(1) Beneficiarios

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

(2) Gastos médicos, etc., aplicables

De los siguientes gastos, se pagarán **hasta 300.000 yenes como límite superior anual.**

- **Pagos anuales** realizados de enero a diciembre de 2017
 - Primas de seguro pagadas a las compañías de seguro; o gastos médicos pagados a las instituciones médicas
 - Gastos de diagnósticos de salud

✘ No se podrá solicitar el pago de subsidio para ambos gastos: primas de seguro y gastos médicos.

(3) Sobre la solicitud del Subsidio para gastos médicos según la Ley

- Aquellas personas que hayan solicitado el subsidio de las primas del seguro y que hayan sufragado personalmente el pago de gastos médicos, pueden solicitar el subsidio del pago de gastos médicos en base a la legislación de la página 4.
- Para saber qué hacer en caso de que los gastos médicos autosufragados superen los 300.000 yenes, consulte la guía de la página 3 sobre cómo hacer la solicitud del Subsidio para gastos médicos según la Ley.

* En ese caso, es necesario presentar un informe médico, etc., realizado por la institución médica y farmacia con la descripción del nombre de la enfermedad y los detalles de su tratamiento.

(4) Otros

La fecha límite para la presentación de la solicitud es el miércoles 31 de enero de 2018. Por favor, tenga muy en cuenta esta fecha.

Cabe señalar que, hasta la fecha límite, puede presentar esta solicitud cuantas veces desee hasta el límite máximo del pago

de 300.000 yenes.

Debe tenerse en cuenta que una vez aceptada la solicitud, debido a que se requiere un determinado tiempo para su examen, se precisa otro tiempo hasta el pago correspondiente.

(5) Procedimientos de solicitud

Solicitud del pago de subsidio para primas de seguro: Por favor vean la documentación de color amarillo.

Solicitud del pago de subsidio para gastos médicos: Por favor vean la documentación de color azul.

2. Solicitud para casos en que se superan los 300.000 yenes (Solicitud del Subsidio para gastos médicos según la Ley)

Puede presentarse la solicitud correspondiente a la parte autosufragada que exceda los 300.000 yenes de acuerdo a Ley. Además, en caso de presentarse sufragado de los gastos médicos a una persona que ha presentado la solicitud de primas de seguro, es posible presentar la solicitud conforme a la Ley.

(1) Beneficiarios

- Personas que han recibido el subsidio de las primas de seguro mediante el subsidio para asistencia médicas
- Aquellas personas que han sobrepasado con sus gastos autosufragados el límite del Subsidio para costes de asistencia médica (300.000 yenes)
- Si el beneficiario ha fallecido, será el familiar que lo represente.

(2) Gastos médicos aplicables

-Gastos médicos autosufragados

*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, tales como recargo por habitación de lujo, las tasas de la emisión de certificados, etc.
- ② Aquellos implantes y atenciones médicas avanzadas, etc., que no son objeto de los seguros médicos públicos japoneses
- ③ Aquellos costes que ya han sido financiados por el Subsidio para costes de asistencia médica

[Principales ítems no aplicables de los seguros médicos públicos japoneses]
--

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ Aquellos tratamientos no reconocidos como tratamientos médicos <ul style="list-style-type: none"> -Recargo por habitación de lujo -Gastos de ropa de hospital y pañales -Gastos de documentos, tasa de emisión de certificados ○ Tratamientos y prótesis que no son objetivos de los beneficios <ul style="list-style-type: none"> -Costos de tratamiento de implantes y los gastos de suplementos -Costos de los fármacos que no dependen de la prescripción -Costos de diagnósticos de salud con fines no terapéuticos -Gafas y audífonos -Vacunación preventiva -Tratamientos médicos avanzados, etc. |
|--|

(3) Otros

- Personas que han recibido el subsidio de las primas de seguro
 - Pueden solicitar el subsidio del pago de gastos médicos sufragados personalmente en base a la Ley
- La Solicitud del Subsidio para gastos médicos según la Ley también aplica para casos en que no se superan los 300.000 yenes. Para ello es necesario presentar un informe médico, etc., realizado por con la descripción del nombre de la

enfermedad y los detalles de su tratamiento y el procedimiento se complica.

Además, con el fin de calcular el costo de un tratamiento similar en Japón, se necesita una cantidad considerable de tiempo para su revisión.

Por esta razón, **tarda más el pago** a recibirse por solicitud basada en la Ley que el pago **que se recibe mediante la solicitud sencilla por recibos**, etc. Tenga en cuenta este punto.

Es posible usar la solicitud sencilla mediante recibos, etc. de la página 1 para los pagos autosufragados hasta los 300.000 yenes.

- En lo que respecta a los siguientes periodos de tiempo, si presenta la solicitud según la Ley adjuntando los documentos, es posible que tras su examen se le paguen los gastos médicos.
- A partir de 2004, los períodos en los que no se ha recibido los beneficios del Subsidio para costes de asistencia médica
- El período que comprende desde la adquisición de la libreta de salud de la víctima de la bomba atómica hasta 2003

4) Procedimientos de solicitud

Por favor, consulte los documentos rosas.

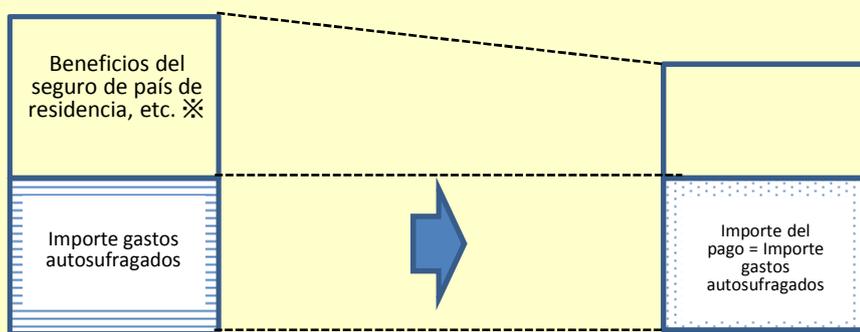
[Método de cálculo]

① En caso de que el contenido del servicio médico del país de residencia sea próximo al servicio médico de Japón y que el monto después del cálculo supere al importe de los gastos autosufragados

⇒ Pago de los gastos autosufragados

※ Como el monto supera a los gastos autosufragados aunque se haya convertido al servicio médico de Japón, se paga el mismo importe que el de los gastos autosufragados

(Gastos médicos del país de residencia) (Conversión al sistema de pago de servicios médicos de Japón)

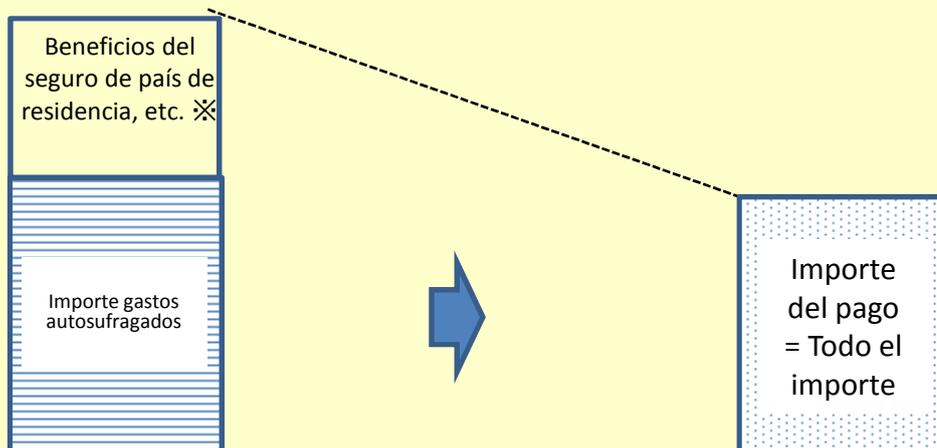


② En caso de que el contenido del servicio médico del país de residencia sea considerablemente más caro que el del servicio médico de Japón

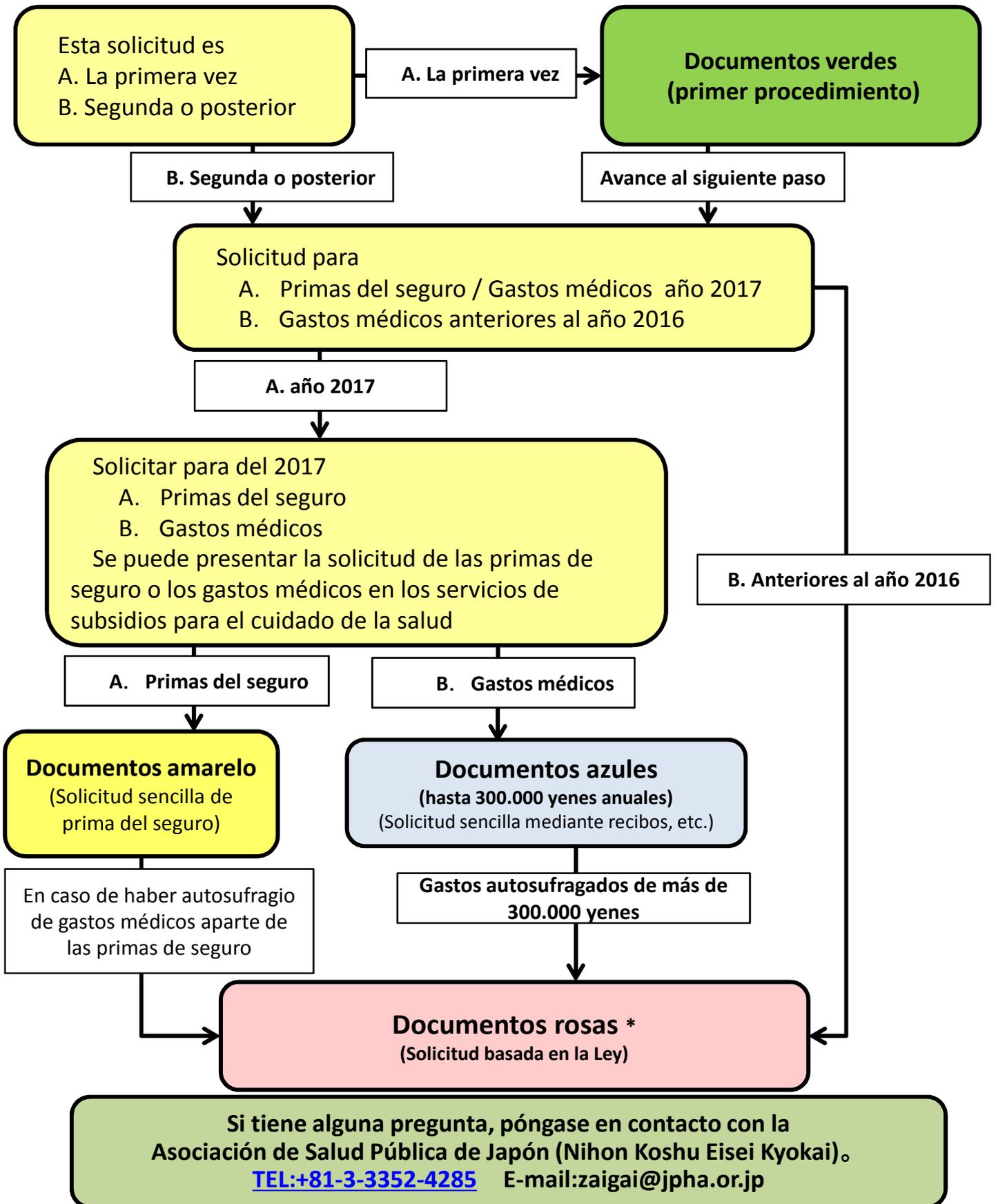
⇒ Se paga todo el importe del monto total convertido a los gastos médicos de Japón

※ Sin embargo, el importe sufragado es mayor que el importe pagado

(Gastos médicos del país de residencia) (Conversión al sistema de pago de servicios médicos de Japón)



[¿Cómo elegir los documentos de la solicitud? —Verifíquelo con este diagrama de flujo—]



* La solicitud mediante el documento rosado puede realizarse aunque no exceda la cantidad máxima de pago de 300.000 yenes, pero su procedimiento se hace complicado.

Solicitud sencilla de pago mediante recibos, etc.(prima del seguro)
(Procedimiento de solicitud del Subsidio para las Asistencias
Médicas(prima del seguro))

◆ Documentos que deben presentarse

Para los gastos médicos aplicables, envíe los siguientes documentos. En el momento de la presentación, asegúrese de que tiene todos los documentos requeridos en la lista de verificación en la página 3.

1. Solicitud de pago (Página 4, Formulario N° 1)
2. Desglose de la solicitud de pago (Página 5, Formulario N° 1-2)
3. Recibos de la primas del seguro
4. Copia del contrato del seguro
5. Documentos de verificación de identidad
6. Una copia cualquiera de: Aviso de confirmación de beneficiario del subsidio, Libreta de salud de víctima de la bomba atómica, Certificado de conformación de la situación causada por la bomba atómica
7. Documento con el cual se puede confirmar la cuenta para el pago

Las personas que coincidan con los siguientes casos, además de los documentos del 1 al 7 deberán presentar los siguientes documentos.

(En caso de presentación de notificación de cambio de datos, tales como domicilio, etc.)

8. Notificación de cambio de datos (Página 8, Formulario No. 3)

(Familiares de las víctimas de la bomba atómica que solicitan el subsidio para los gastos)

9. Solicitud de pago (solicitud tras el fallecimiento) (Página 9, Formulario N° 4)

*Enviar el N° 9 en vez del N° 1.

10. Registro de defunciones (Página 10, Formulario N° 5)
11. Documentos que certifiquen la relación familiar

◆Período de presentación de solicitudes, etc.

La fecha límite para la presentación de la solicitud es el miércoles 31 de enero de 2018. Por favor, tenga muy en cuenta esta fecha.

Cabe señalar que, hasta la fecha límite, puede presentar esta solicitud cuantas veces desee hasta el límite máximo del pago de 300.000 yenes.

Debe tenerse en cuenta que una vez aceptada la solicitud, debido a que se requiere un determinado tiempo para su examen, se precisa otro tiempo hasta el pago correspondiente.

[Dirección]

Sección del pago de subsidio para asistencias médicas a las víctimas de la bomba atómica que residen en el extranjero (*Zaigai Hibakusha Hokeniryō Josei Jigyō Tanto Gakari*)
Asociación de Salud Pública de Japón (*Nihon Kosshu Eisei Kyokai*)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokio 160-0022, Japón
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 Hokeniryō Josei Jigyō Tanto Gakari*)
Asociación de Salud Pública de Japón (*Nihon Kosshu Eisei Kyokai*)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokio 160-0022, Japón
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 Hokeniryō Josei Jigyō Tanto Gakari*)
Asociación de Salud Pública de Japón (*Nihon Kosshu Eisei Kyokai*)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokio 160-0022, Japón
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 Hokeniryō Josei Jigyō Tanto Gakari*)
Asociación de Salud Pública de Japón (*Nihon Kosshu Eisei Kyokai*)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokio 160-0022, Japón
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 10 (no importa que el color del papel sea blanco), o solicite la Asociación Japonesa de Salud Pública que le envíe hojas de solicitud adicionales.

Lista de chequeo de los documentos a presentar (prima del seguro) (Solicitud sencilla de pago mediante recibos, etc.)

* Antes de presentar los documentos, verifique con esta lista que todos los documentos necesarios están completos.

Columna de chequeo	Nº	Documentos a presentar
<input type="checkbox"/>	1	Solicitud de pago (Formulario N° 1)
<input type="checkbox"/>	2	Desglose de la solicitud de pago En caso de pago mensual: Formulario N° 1-2 En los otros casos de pago no mensual: Formulario N° 1-3
<input type="checkbox"/>	3	Recibos de la primas del seguro ✳ En caso de recibos, sírvase presentar aquellos que indiquen los siguientes cuatro puntos. • Importe pagado • 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 prima del seguro de alguna otra persona, debe subrayarse la cantidad correspondiente al solicitante. • El nombre, el domicilio y el número de teléfono de las compañías de seguro • Fecha del pago
<input type="checkbox"/>	4	Una copia del contrato del seguro *Es un seguro médico que abarca desde enero a diciembre de 2016 avalado por la certificación del seguro
<input type="checkbox"/>	5	Documentos de verificación de identidad (Registro de la familia, resumen, certificado por el notario público, permiso de residencia, certificado de residencia, etc.) <u>*No es necesario que lo presenten aquellas personas que en el momento de enviar la solicitud de pago estén recibiendo: subsidio de gestión de salud, subsidio de salud, subsidio medico especial y subsidios especiales.</u>
<input type="checkbox"/>	6	Una copia cualquiera de: Aviso de confirmación de beneficiario del subsidio, Libreta de salud de víctima de la bomba atómica, Certificado de conformación de la situación causada por la bomba atómica
<input type="checkbox"/>	7	Documento con el cual se puede confirmar la cuenta para el pago (Copia de la libreta de depósitos, cheques, etc.)

Por favor, si es necesario presente los siguientes documentos

<input type="checkbox"/>	8	Notificación de cambio de datos (Formulario N° 3) ✳ Enviar solamente si hay un cambio de dirección, etc.
<input type="checkbox"/>	9	Solicitud de pago (solicitud tras el fallecimiento) (Formulario N° 4) ✳ Envíe el N° 9 en vez del N° 1
<input type="checkbox"/>	10	Registro de defunciones (Formulario No. 5)
<input type="checkbox"/>	11	Documentos que certifiquen la relación familiar ✳ Los documentos del n° 9 al 11, solo deben presentarlos los familiares de las víctimas de la bomba atómica que solicitan el subsidio para los gastos médicos

✳ Si es la primera vez que hace la solicitud, lea la guía verde y presente también los documentos para el registro inicial.

Formulario No.1

Solicitud del pago de subsidio (prima del seguro)

Número de la notificación para certificar el derecho al subsidio			-					
En Katakana			Fecha de nacimiento:			Sexo		
Nombre			(Día/Mes/Año)			Hombre/Mujer		
País de residencia								
Domicilio								
Teléfono	(Escriba desde el código del país)							
Fax/Correo electrónico								
Cuenta de depósitos	Nombre de la institución bancaria							
	Nombre de la oficina principal/sucursal							
	Dirección de la oficina principal/sucursal							
	Número de cuenta							
	Titular de la cuenta							
Si recibe algún subsidio en el momento de solicitud o no.				Sí / No				
Importe de solicitud	En moneda local			(Unidad)				

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

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

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

Como se ha mencionado arriba, deseo y solicito el subsidio para las asistencias médicas del año 2017 adjuntando los documentos relacionados.

Fecha: / / (Día/ Mes/Año)

Nombre del solicitante:

Sello personal (o firma)

***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, se ruega anotar una información que nos permita ponernos en contacto con el apoderado sin falta.

Al señor alcade de la ciudad de Hiroshima

Formulario No.1-2

Detalle de la solicitud del pago (Caso del pago mensual)

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

(Nota 1) En cuanto a los recibos correspondientes a los gastos de cada mes preséntelos pegándolos en la hoja para los recibos de la página 7 (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)

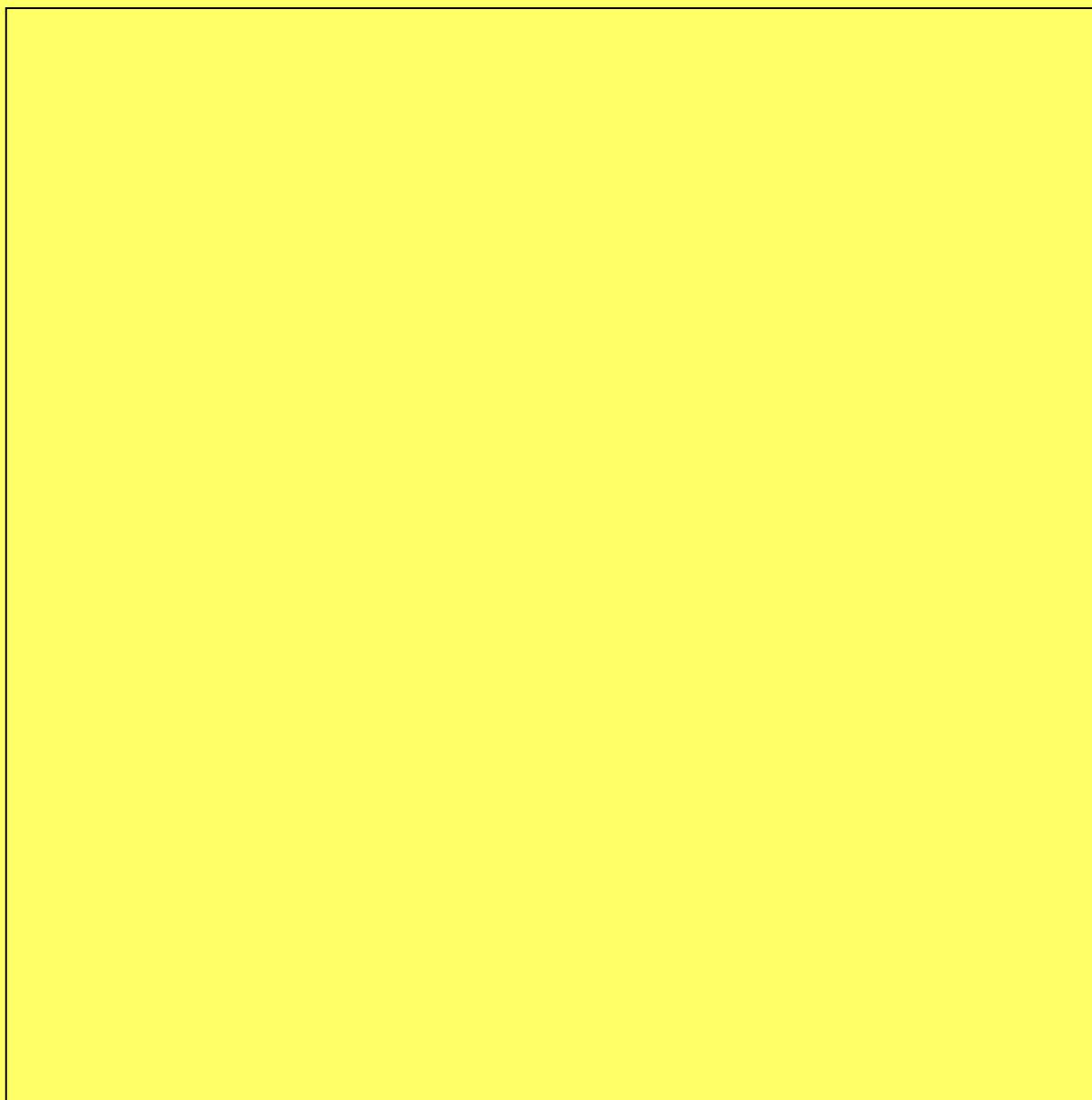
(Nota 1) El “período de cobertura correspondiente a la prima de seguro pagada” significa el período durante el cual usted puede disfrutar de la garantía del seguro por el pago de la prima. Describa el período especificando el comienzo y la terminación.

(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 ()

Hoja para los recibos correspondientes al mes de ()



(Nota 1) Es necesario que en los recibos emitidos por las instituciones médicas se mencionen los 4 siguientes puntos:

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

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

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

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) _____ Sello personal(o firma) _____

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

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

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

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

* 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.

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	
Domicilio			
Teléfono	(Escriba desde el código del país)		
Fax/Correo Electrónico			
Cuenta para el pago del subsidio	Nombre de la institución bancaria		
	Nombre de la oficina principal/sucursal		
	Dirección de la oficina principal/ sucursal		
	Número de cuenta		
	Titular de la cuenta		
Importe de solicitud	En moneda local	(Unidad)	

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

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

* Adjunte un documento con el cual se pueda confirmar que el solicitante es heredero de la persona fallecida que tenía el derecho al subsidio.

En base a lo descrito anteriormente, adjunto los documentos relacionados con el fallecido/a _____ con el fin de solicitar la recepción del pago del Subsidio para costes de asistencia médica del año fiscal 2017. 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

Sello (o firma)

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

Estimado gobernador de la prefectura de Hiroshima

Notificación de la muerte

Año Mes Día

Estimado 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 con el cual se pueda confirmar la fecha de la muerte.
- * Se ruega devolver la notificación para certificar el derecho al subsidio.
- * 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.

Solicitud sencilla de pago mediante recibos, etc.(gastos médicos)

(Procedimiento de solicitud del Subsidio para las Asistencias
Médicas(gastos médicos))

◆ Documentos que deben presentarse

Para los gastos médicos aplicables, envíe los siguientes documentos. En el momento de la presentación, asegúrese de que tiene todos los documentos requeridos en la lista de verificación en la página 3.

1. Solicitud de pago (Página 4, Formulario N° 1)
2. Desglose de la solicitud de pago (Página 5, Formulario N° 1-2)
3. Documentos que demuestren el importe autosufragado
4. Documentos de verificación de identidad
5. Una copia cualquiera de: Aviso de confirmación de beneficiario del subsidio, Libreta de salud de víctima de la bomba atómica, Certificado de conformación de la situación causada por la bomba atómica
6. Documento con el cual se puede confirmar la cuenta para el pago
7. Lista de las instituciones médicas consultadas (Página 7, Formulario N° 2)

Las personas que coincidan con los siguientes casos, además de los documentos del 1 al 7 deberán presentar los siguientes documentos.

(En caso de presentación de notificación de cambio de datos, tales como domicilio, etc.)

8. Notificación de cambio de datos (Página 8, Formulario No. 3)

(Familiares de las víctimas de la bomba atómica que solicitan el subsidio para los gastos)

9. Solicitud de pago (solicitud tras el fallecimiento) (Página 9, Formulario N° 4)

*Enviar el N° 9 en vez del N° 1.

10. Registro de defunciones (Página 10, Formulario N° 5)
11. Documentos que certifiquen la relación familiar

◆Período de presentación de solicitudes, etc.

La fecha límite para la presentación de la solicitud es el miércoles 31 de enero de 2018. Por favor, tenga muy en cuenta esta fecha.

Cabe señalar que, hasta la fecha límite, puede presentar esta solicitud cuantas veces desee hasta el límite máximo del pago de 300.000 yenes.

Debe tenerse en cuenta que una vez aceptada la solicitud, debido a que se requiere un determinado tiempo para su examen, se precisa otro tiempo hasta el pago correspondiente.

[Dirección]

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 Kosshu 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 Kosshu 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 Kosshu 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 Kosshu 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 10 (no importa que el color del papel sea blanco), o solicite la Asociación Japonesa de Salud Pública que le envíe hojas de solicitud adicionales.

Lista de chequeo de los documentos a presentar (gastos médicos)

(Solicitud sencilla de pago mediante recibos, etc.)

* Antes de presentar los documentos, verifique con esta lista que todos los documentos necesarios están completos.

Columna de chequeo	Nº	Documentos a presentar
<input type="checkbox"/>	1	Solicitud de pago (Formulario N° 1)
<input type="checkbox"/>	2	Desglose de la solicitud de pago (Formulario N° 1-2)
<input type="checkbox"/>	3	Documentos que demuestren el importe autosufragado ※1 En caso de recibos, sírvase presentar aquellos que indiquen los siguientes cuatro puntos. • Importe pagado • 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. • Nombre, dirección, número de teléfono de la institución • Fecha del pago ※2 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.
<input type="checkbox"/>	4	Documentos de verificación de identidad (Registro de la familia, resumen, certificado por el notario público, permiso de residencia, certificado de residencia, etc.) ※ <u>No es necesario que lo presenten aquellas personas que en el momento de enviar la solicitud de pago estén recibiendo: subsidio de gestión de salud, subsidio de salud, subsidio medico especial y subsidios especiales.</u>
<input type="checkbox"/>	5	Una copia cualquiera de: Aviso de confirmación de beneficiario del subsidio, Libreta de salud de víctima de la bomba atómica, Certificado de conformación de la situación causada por la bomba atómica
<input type="checkbox"/>	6	Documento con el cual se puede confirmar la cuenta bancaria para el pago (Copia de la libreta de depósitos, cheques, etc.)
<input type="checkbox"/>	7	Lista de las instituciones médicas consultadas (Formulario N° 2)

Por favor, si es necesario presente los siguientes documentos

<input type="checkbox"/>	8	Notificación de cambio de datos (Formulario N° 3) ※ Enviar solamente si hay un cambio de dirección, etc.
<input type="checkbox"/>	9	Solicitud de pago (solicitud tras el fallecimiento) (Formulario N° 4) ※ Envíe el N° 9 en vez del N° 1
<input type="checkbox"/>	10	Registro de defunciones (Formulario No. 5)
<input type="checkbox"/>	11	Documentos que certifiquen la relación familiar ※ Los documentos del n° 9 al 11, solo deben presentarlos los familiares de las víctimas de la bomba atómica que solicitan el subsidio para los gastos médicos

※ Si es la primera vez que hace la solicitud, lea la guía verdey presente también los documentos para el registro inicial.

Formulario No.1

Solicitud del pago de subsidio (gastos médicos)

Número de la notificación para certificar el derecho al subsidio				-				
Nombre		Fecha de nacimiento: (Día/Mes/Año)			Sexo			
						Hombre/Mujer		
País de residencia								
Domicilio								
Teléfono	(Escriba desde el código del país)							
Fax/Correo electrónico								
Cuenta de depósitos	Nombre de la institución bancaria							
	Nombre de la oficina principal/sucursal							
	Dirección de la oficina principal/sucursal							
	Número de cuenta							
	Titular de la cuenta							
Si recibe algún subsidio en el momento de solicitud o no.					Sí / No			
Importe de solicitud	En moneda local			(Unidad)				

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

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

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

Como se ha mencionado arriba, deseo y solicito el subsidio para las asistencias médicas del año 2017 adjuntando los documentos relacionados.

Fecha: / / (Día/ Mes/Año)

Nombre del solicitante:

Sello personal (o firma)

***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, se ruega anotar una información que nos permita ponernos en contacto con el apoderado sin falta.

Al señor alcalde de la ciudad de Hiroshima

Formulario No.1-2

Detalle de la solicitud del pago (gastos médicos)

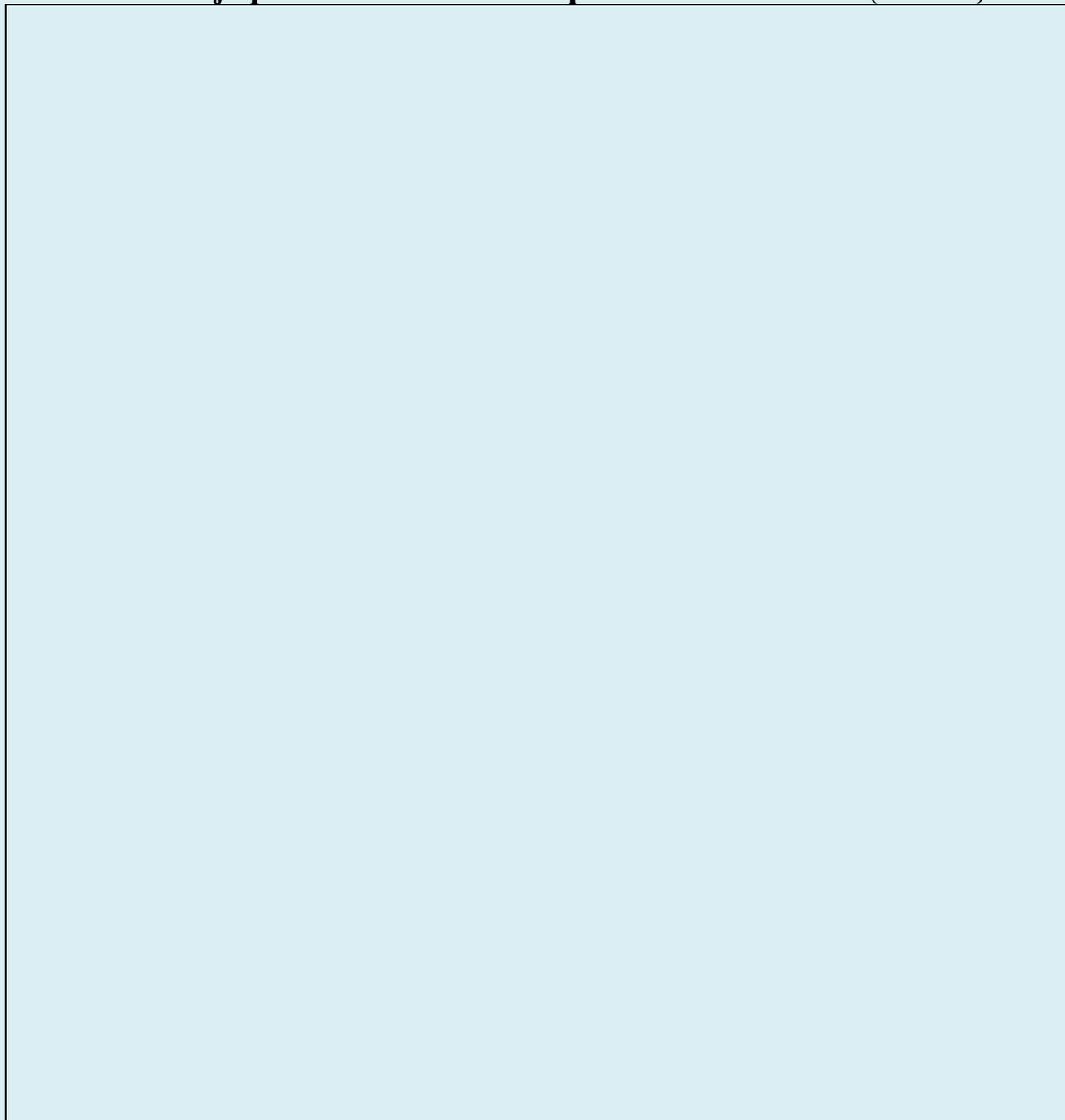
	Importe	Resumen
Enero		
Febrero		
Marzo		
Abril		
Mayo		
Junio		
Julio		
Agosto		
Septiembre		
Octubre		
Noviembre		
Diciembre		
Total		

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

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

Formulario No.1-3

Hoja para los recibos correspondientes al mes de ()



(Nota 1) Es necesario que en los recibos emitidos por las instituciones médicas se mencionen los 4 siguientes puntos:

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

Lista de instituciones médicas donde el solicitante del subsidio recibe asistencias médicas
(Anoté las instituciones médicas a donde usted acude actualmente o regularmente para recibir asistencias médicas.)

Día: Mes: Año:

Al señor Gobernador de la Prefectura de Hiroshima

País de residencia:
Domicilio:
En letras Katakana
Nombre:
Número de teléfono: (Escriba desde el código del país.)

Nombre de la institución médica	Domicilio de la institución médica	Número de teléfono (Escriba desde el código del país.)

Solicitud del cambio del contenido confirmado

(Cambio de nombre/domicilio/número de teléfono)

Día: Mes: Año:

Al señor Gobernador de la Prefectura de Hiroshima

Domicilio (posterior al cambio) _____
 Nombre (posterior al cambio) _____ Sello personal(o firma) _____

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

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

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

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

* 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.

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	
Domicilio			
Teléfono	(Escriba desde el código del país)		
Fax/Correo Electrónico			
Cuenta para el pago del subsidio	Nombre de la institución bancaria		
	Nombre de la oficina principal/sucursal		
	Dirección de la oficina principal/ sucursal		
	Número de cuenta		
	Titular de la cuenta		
Importe de solicitud	En moneda local	(Unidad)	

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

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

* Adjunte un documento con el cual se pueda confirmar que el solicitante es heredero de la persona fallecida que tenía el derecho al subsidio.

En base a lo descrito anteriormente, adjunto los documentos relacionados con el fallecido/a _____ con el fin de solicitar la recepción del pago del Subsidio para costes de asistencia médica del año fiscal 2017. 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

Sello (o firma)

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

Estimado gobernador de la prefectura de Hiroshima

Notificación de la muerte

Año Mes Día

Estimado 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 con el cual se pueda confirmar la fecha de la muerte.
- * Se ruega devolver la notificación para certificar el derecho al subsidio.
- * 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.

Subsidio para costes superiores a 300.000 yenes. (Subsidio para gastos médicos según la Ley)

◆ Documentos que deben presentarse

Para los gastos médicos aplicables, envíe los siguientes documentos. En el momento de la presentación, asegúrese de que tiene todos los documentos requeridos en la lista de verificación en la página 3.

1. Solicitud de pago (página 4, formulario N° 1)
2. Documentos que demuestren el importe autosufragado
3. Informe médico con el nombre de la enfermedad y detalles del tratamiento, etc.
4. Documentos de verificación de identidad
5. Una copia de libreta de salud de víctima de la bomba atómica
6. Documentos para comprobar la cuenta del beneficiario

Las personas que coincidan con los siguientes casos, además de los documentos del 1 al 6 deberán presentar los siguientes documentos.

(En caso de recibir un subsidio médico especial)

7. Una copia del certificado

(En caso de presentación de notificación de cambio de datos, tales como domicilio, etc.)

8. Notificación de cambio de datos (Página 5, Formulario N° 2)

(Familiares de las víctimas de la bomba atómica que solicitan el subsidio para los gastos)

9. Solicitud de pago (solicitud tras el fallecimiento) (Página 6, Formulario N° 3)

※ Enviar el N° 9 en vez del N° 1.

10. Registro de defunciones (Página 7, Formulario N° 4)

11. Documentos que certifiquen la relación familiar

※ Como es habitual, para que la Asociación de Salud Pública de Japón pueda hacer la transferencia bancaria, usted tendrá que delegar en la Asociación de Salud Pública de Japón la transferencia de los gastos médicos. Si desea delegar la transferencia, por favor seleccione "delegado" en la columna correspondiente del impreso de solicitud.

◆ Período de presentación de solicitudes, etc.

Las solicitudes de examinarán y pagarán por orden de recepción. Puede hacer la solicitud en cualquier momento desde el pago hasta pasados 5 años.

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 en caso de se necesitará más tiempo para el pago.

[Dirección]

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 Kosshu 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 Kosshu 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 Kosshu 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 Kosshu 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 10 (no importa que el color del papel sea blanco), o solicite la Asociación Japonesa de Salud Pública que le envíe hojas de solicitud adicionales.

Lista de chequeo de los documentos a presentar (para costes superiores a 300.000 yenes)

* Antes de presentar los documentos, verifique con esta lista que todos los documentos necesarios están completos.

Columna de chequeo	Nº	Documentos a presentar
<input type="checkbox"/>	1	Solicitud de pago (formulario Nº 1)
<input type="checkbox"/>	2	<p>Documentos que demuestren el importe autosufragado</p> <p>※1 En caso de recibos, sírvase presentar aquellos que indiquen los siguientes cuatro puntos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Importe pagado • Nombre y apellido de la persona que recibió el tratamiento médico (el nombre y apellido que sean propios del solicitante mismo) <p>En el caso de incluirse en el recibo gastos médicos de alguna otra persona, debe subrayarse la cantidad correspondiente al solicitante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre, dirección, número de teléfono de la institución • Fecha del pago <p>*2 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.</p>
<input type="checkbox"/>	3	Informe médico con el nombre de la enfermedad y detalles del tratamiento, etc.
<input type="checkbox"/>	4	<p>Documentos de verificación de identidad (Registro de la familia, resumen, certificado por el notario público, permiso de residencia, certificado de residencia, etc.)</p> <p>* No es necesario que lo presenten aquellas personas que en el momento de enviar la solicitud de pago estén recibiendo: subsidio de gestión de salud, subsidio de salud, subsidio medico especial y subsidios especiales.</p>
<input type="checkbox"/>	5	Una copia de libreta de salud de víctima de la bomba atómica
<input type="checkbox"/>	6	Documento con el cual se puede confirmar la cuenta para el pago (Copia de la libreta de depósitos, cheques, etc.)

Por favor, si es necesario presente los siguientes documentos.

<input type="checkbox"/>	7	<p>Una copia del certificado</p> <p>*Enviar solamente si está recibiendo un subsidio médico especial.</p>
<input type="checkbox"/>	8	<p>Notificación de cambio de datos (Formulario No. 2)</p> <p>*Enviar solamente si hay un cambio de dirección, etc.</p>
<input type="checkbox"/>	9	<p>Solicitud de pago (solicitud tras el fallecimiento) (Formulario Nº 4)</p> <p>※ Envíe el Nº 9 en vez del Nº 1</p>
<input type="checkbox"/>	10	Registro de defunciones (Formulario No. 5)
<input type="checkbox"/>	11	<p>Documentos que certifiquen la relación familiar</p> <p>※ Los documentos del nº 9 al 11, solo deben presentarlos los familiares de las víctimas de la bomba atómica que solicitan el subsidio para los gastos médicos</p>

※ Si es la primera vez que hace la solicitud, lea la guía verde y presente también los documentos para el registro inicial.

Solicitud de pago de subsidio para gastos médicos y gastos médicos de enfermedades generales

Número de la notificación para certificar el derecho al subsidio				—					
En Katakana	Fecha de nacimiento: (Día/Mes/Año)			Sexo					
Nombre				Hombre/Mujer					
País de residencia									
Domicilio									
Teléfono	(Escriba desde el código del país)								
Fax/Correo electrónico									
Cuenta de depósitos	Nombre de la institución bancaria								
	Nombre de la oficina principal/ sucursal								
	Dirección de la oficina principal/ sucursal								
	Número de cuenta								
	Titular de la cuenta								
Delega el recibo de los gastos médicos (gastos médicos de enfermedades generales) a la Asociación Japonesa de la Salud Pública					Sí	/	No		
Si su enfermedad está reconocida como causada por los efectos de la bomba atómica o no.					Sí	/	No		
Si recibe algún subsidio en el momento de solicitud o no.					Sí	/	No		
Importe de solicitud	En moneda local								(Unidad)

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

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

* Si usted recibe el subsidio de control de salud, el subsidio de salud, el subsidio especial de asistencia médica o el subsidio especial en el momento de esta solicitud, marque "Sí" con un círculo (○).

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:

Sello personal (o firma)

***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, se ruega 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) _____ Sello personal(o firma)

***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				-					
Cambio de nombre	Nombre anterior al cambio								
	Nombre posterior al cambio								
Cambio de domicilio	Domicilio anterior al cambio								
	Domicilio posterior al cambio								
Cambio de número de teléfono	Número de teléfono anterior al cambio	(Escriba desde el código del país.)							
	Número de teléfono posterior al cambio	(Escriba desde el código del país.)							
Fecha del cambio		Día: Mes: Año:							

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

* 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.

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	
Domicilio			
Teléfono	(Escriba desde el código del país)		
Fax/Correo electrónico			
Cuenta para el pago del subsidio	Nombre de la institución bancaria		
	Nombre de la oficina principal/sucursal		
	Dirección de la oficina principal/ sucursal		
	Número de cuenta		
	Titular de la cuenta		
Delega el recibo de los gastos médicos (gastos médicos de enfermedades generales) a la Asociación Japonesa de la Salud Pública		Sí	/ No
Importe de solicitud	En moneda local		(Unidad)

- * Adjunte un documento con el cual se pueda confirmar la cuenta como copia de la libreta de depósitos.
- * El titular de la cuenta para el pago debe ser el solicitante mismo.
- * Adjunte un documento con el cual se pueda confirmar que el solicitante es heredero de la persona fallecida que tenía el derecho al subsidio.

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

Sello (o firma)

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

Estimado gobernador de la prefectura de Hiroshima

Notificación de la muerte

Año Mes Día

Estimado 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 con el cual se pueda confirmar la fecha de la muerte.
- * Se ruega devolver la notificación para certificar el derecho al subsidio.
- * 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.

Los procedimientos en el momento de la primera de solicitud

◆ Documentos que deben presentarse

Si es la primera vez que realiza la solicitud, por favor presente los siguientes documentos.

- Confirmación del derecho al subsidio

◆ Por favor, envíen por correo la solicitud del subsidio de gastos

Adjunte la solicitud de pago de gastos médicos, y envíe por correo el correspondiente documento de manera que llegue a más tardar el miércoles 31 de enero de 2018, a la siguiente dirección.

[Dirección]

Sección del pago de subsidio para asistencias médicas a las víctimas de la bomba atómica que residen en el extranjero (*Zaigai Hibakusha Hokeniryō Josei Jigyo Tanto Gakari*)

Asociación de Salud Pública de Japón (*Nihon Kosshu 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

Formulario 1

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

Solicitud de la notificación para certificar el derecho al subsidio

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

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

Fecha: / / (Día/ Mes/Año)

Nombre del solicitante:

Sello personal (o firma)

***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, se ruega anotar una información que nos permita ponernos en contacto con el apoderado sin falta.

Al señor gobernador de la prefectura de Hiroshima