

Aviso sobre a solicitação de despesas médicas

Novembro de 2017
Ministério da Saúde, Trabalho e Previdência Social
Província de Hiroshima

[* Este comunicado destina-se às pessoas que residem no Brasil, Argentina, Paraguai, Bolívia, Peru, Uruguai e Venezuela.]

A partir de janeiro de 2016, às pessoas que residem fora do Japão também é permitido o pagamento das despesas médicas pagas do próprio bolso no país onde reside em conformidade com a Lei de Assistência às Vítimas de Bomba Atômica (a seguir denominada “a Lei”).

Por consequência, a solicitação convencional do subsídio de assistência médica e a solicitação das despesas médicas em conformidade com a Lei podem ser combinadas. Por este meio informamos os procedimentos de cada solicitação.

1. Solicitação simples através de comprovantes de pagamento ou recibos dos prêmios de seguro à seguradora (Solicitação do subsídio de assistência médica)

Procedimento simples através de recibo, sendo possível receber o pagamento subsídio de despesas médicas, com o limite de até 300.000 ienes por ano.

※ O limite para o recebimento do pagamento convertido nas moedas dos diversos países está descrito na tabela da página 2. É possível solicitar o subsídio de despesas médicas dentro dos limites do “valor máximo do subsídio para despesas médicas” descrito na tabela a seguir, com relação a despesas médicas pagas entre janeiro e dezembro de 2017.

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

Lista de valores máximos do subsídio de despesas médicas em moedas estrangeiras

(Para despesas médicas pagas entre janeiro e dezembro de 2017)

País ou região	Moeda	Valor máximo do subsídio de despesas médicas
República da Argentina	Peso argentino	39.063 ARS
Federação da Austrália	Dólar australiano	3.427 AUD
Estado Plurinacional da Bolívia	Boliviano	17.493 BOB
República Federativa do Brasil	Real	7.966 BRL
Reino do Camboja	Riel	10.830.325 KHR
Canadá	Dólar canadense	3.520 CAD
República Popular da China	Renminbi	18.171 CNY
União Europeia	Euro	2.495 EUR
Hong Kong	Dólar de Hong Kong	20.325 HKD
República da Indonésia	Rupia	31.578.947 IDR
Malásia	Ringgit	11.198 MYR
Estados Unidos Mexicanos	Peso mexicano	43.103 MXN
Reino do Marrocos	Dirham marroquino	25.554 MAD
Nova Zelândia	Dólar neozelandês	3.722 NZD
República do Peru	Sol	8.251 PEN
República das Filipinas	Peso filipino	127.119 PHP
República Bolivariana da Venezuela	Bolívar fuerte	27.003 VEF
Reino da Arábia Saudita	Rial saudita	9.839 SAR
República de Cingapura	Dólar de Cingapura	3.724 SGD
Reino Suécia	Coroa sueca	23.364 SEK
Confederação Suíça	Franco suíço	2.677 CHF
Taiwan	Dólar taiwanês	79.156 TWD
Reino da Tailândia	Baht	90.361 THB
Reino Unido	Libra esterlina	2.089 GBP
Estados Unidos da América	Dólar americano	2.670 USD
República Oriental do Uruguai	Peso uruguaio	77.121 UYU
República Socialista do Vietnã	Dong	57.692.308 VND

✘ Com base na cotação de abril de 201

✘ Se tiver dúvidas, entre em contato com a Associação de Saúde Pública do Japão (Ippan Zaidan Hojin Nihon Kosshu Eisei Kyokai)

(1) Beneficiário/a

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

(2) Despesas médicas subsidiadas

O subsídio será concedido, **com o teto anual de 300 mil ienes, para os pagamentos efetuados por um ano** de entre janeiro e dezembro de 2017 de:

- Prêmio de seguro pago à seguradora ou Despesas médicas pagas do próprio bolso
- Despesa de exame de saúde

***Não será admitida a duplicidade na solicitação do subsídio, isto é, não serão concedidos subsídios aos prêmios de seguro e às despesas médicas ao mesmo tempo.**

(3) Solicitação em conformidade com a Lei

- Quando a pessoa que requereu o subsídio ao prêmio de seguro pagou a despesa médica do próprio bolso, poderá requerer o subsídio à despesa médica em conformidade com a Lei.
 - Quando a pessoa que requereu o subsídio às despesas médicas pagou mais que 300 mil ienes do próprio bolso, poderá também requerer o subsídio à despesa médica em conformidade com a Lei.
- * Neste caso, será necessário apresentar o atestado médico emitido pela instituição de saúde, que contém o nome da doença e o conteúdo do tratamento.

(4) Outros

O prazo final para **entrega do formulário de solicitação é 31 de janeiro de 2018 (quarta)**. Não esqueça de realizar a solicitação.

Até o prazo final para entrega, é possível realizar a solicitação quantas vezes for necessário, dentro do limite de pagamento de 300.000 ienes.

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

(5) Procedimento para requerimento

Requerimento dos prêmios de seguro: Utilizar os documentos de cor amarelo

Requerimento das despesas médicas: Utilizar os documentos de cor azul

2. Solicitação no caso de acima de 300 mil ienes (Solicitação de despesas médicas em conformidade com a Lei)

A parte da quantia paga pelo contribuinte que ultrapassar 300.000 ienes pode ser solicitada conforme lei específica. Além disso, é possível realizar solicitação conforme lei específica mesmo as pessoas que solicitaram a taxa do seguro, em caso de ocorrência de quantia a ser paga pelo contribuinte referente a despesas médicas.

(1) Beneficiário/a

- A pessoa que recebeu o subsídio ao prêmio de seguro no Programa de Assistência Médica
- A pessoa que pagou mais do teto anual do subsídio às despesas médicas (300 mil ienes) do próprio bolso
- Quando o/a beneficiário/a é falecido/a, um familiar enlutado como substituto

(2) Despesas médicas subsidiadas

As despesas médicas pagas do próprio bolso

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

- ① Aqueles que não tenham sido reconhecidos como os tratamentos médicos no seguro de saúde pública no Japão, como a taxa do quarto especial na hospitalização e a taxa de emissão de certificados, entre outros.

- ② Aqueles que não tenham sido considerados como segurados no seguro de saúde pública no Japão, como implantes e tratamentos médicos avançados, entre outros.
- ③ Aquele que já foi subsidiado pelo Programa de Assistência Médica

【Os principais que não são considerados como segurados no seguro de saúde pública no Japão】
<ul style="list-style-type: none"> ○ Aqueles que não são reconhecidos como um tratamento médico <ul style="list-style-type: none"> ▪ Taxa do quarto especial na hospitalização ▪ Custo do vestido do hospital, Custo de fraldas ▪ Taxa de documentos, Taxa de emissão de certificados ○ Tratamentos médicos e próteses que não são subsidiados <ul style="list-style-type: none"> ▪ Despesas de tratamentos de implante ou custos de suplementos ▪ Despesas de medicamentos sem prescrição ▪ Despesas de exame de saúde não para fins terapêuticos ▪ Óculos ou aparelhos auditivos ▪ Vacinação ▪ Tratamentos médicos avançados, entre outros.

(3) Outros

- A pessoa que recebeu o subsídio ao prêmio de seguro
Poderá requerer o subsídio à despesa médica paga do próprio bolso em conformidade com a Lei.
- A pessoa que recebeu o subsídio às despesas médicas através da solicitação simples
A solicitação em conformidade com a Lei poderá ser efetuada mesmo que não tenha superado o valor teto de 300 mil ienes, porém o procedimento será mais complicado necessitando da apresentação do atestado médico que contém o nome da doença e o conteúdo do tratamento.
- Método do exame da solicitação
Levará uma quantidade considerável de tempo para estimar o valor das despesas médicas no caso tenha recebido um tratamento semelhante no Japão.

Sendo assim, em caso de solicitação conforme lei específica, leva-se mais tempo até o pagamento efetivo do que em caso de solicitação de forma simples, através de recibo. Contamos com sua compreensão.

Para quantias pagas pelo contribuinte até 300.000 ienes, é possível realizar solicitação simples através de recibo conforme consta na página 1. Considere utilizar esse método.

- Referente ao período seguinte, se efetuar o requerimento anexando os documentos necessários em conformidade com a Lei, pode ser pago o subsídio às despesas médicas depois do exame.
 - Período, desde o ano de 2004, em que não tenha recebido o pagamento do subsídio às despesas médicas
 - Período da aquisição da carteira de saúde de vítima da bomba atômica ao ano de 2003

(4) Procedimento para requerimento
Utilizar os documentos de cor rosa

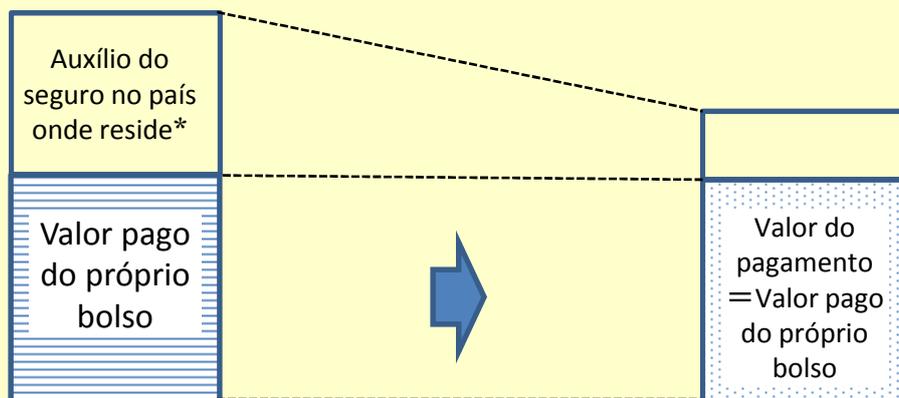
【Método de Cálculo】

- ① Quando o conteúdo do tratamento médico no país onde reside é similar ao do Japão, e o valor calculado é mais do que o valor pago do próprio bolso

⇒ Pagamento do valor pago do próprio bolso

*Mesmo que tenha convertido no custo de tratamento médico no Japão, o valor será mais do que o valor pago do próprio bolso. Por isso será pago o mesmo valor do pago do próprio bolso

(Despesas médicas no país onde reside) (Conversão no custo de tratamento médico no Japão)

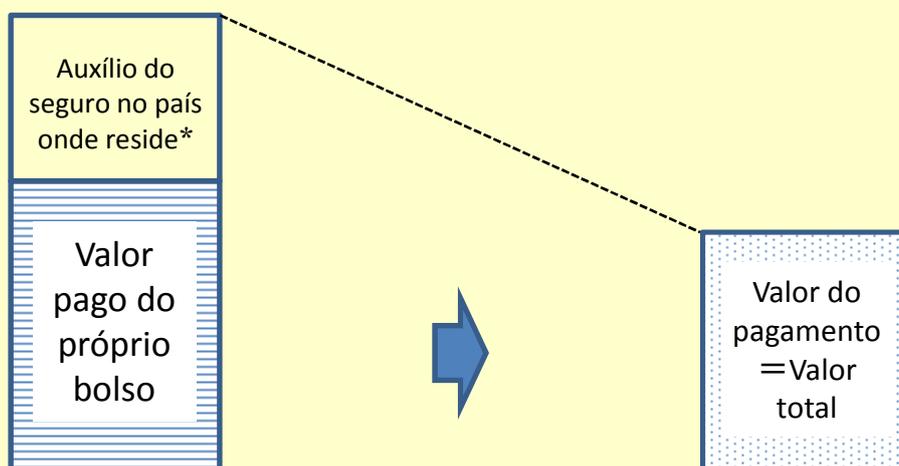


- ② Quando o conteúdo do tratamento médico no país onde reside é muito mais caro do Japão

⇒ Pagamento do valor total convertido no custo de tratamento médico no Japão

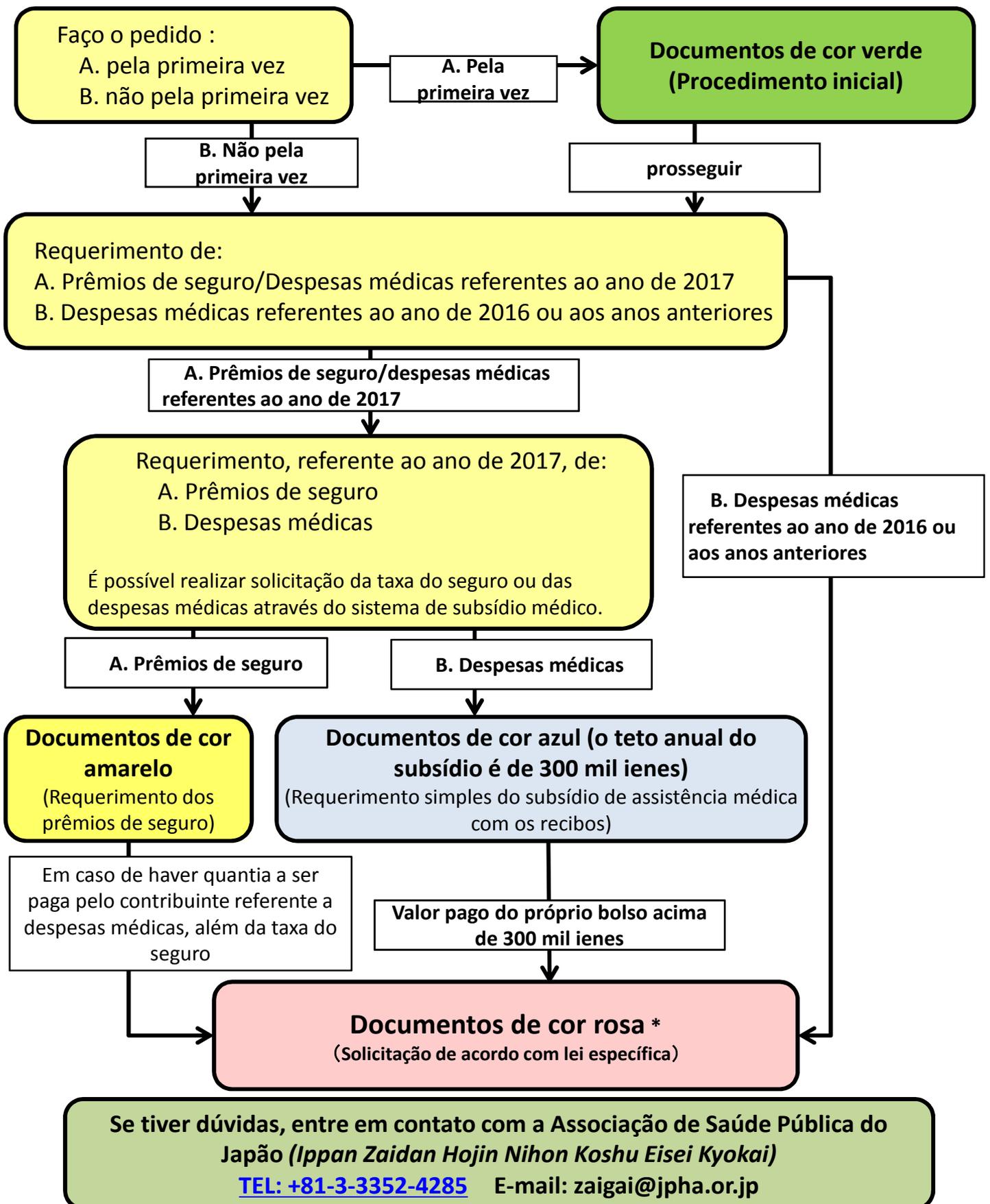
*Porém o valor pago do próprio bolso é mais do valor do pagamento

(Despesas médicas no país onde reside) (Conversão no custo de tratamento médico no Japão)



*Incluso o benefício do seguro público, o benefício do seguro privado e outros benefícios referentes ao tratamento médico.

【Documentos a serem apresentados - Verifique neste fluxograma】



※ A solicitação através da documentação de cor rosa também pode ser feita para quantias que não ultrapassem o limite de 300.000 ienes, mas o procedimento é mais complexo.

**Procedimento para a solicitação simples através
de comprovantes de pagamento ou recibos
dos prêmios de seguro à seguradora
(prêmio de seguro)
(Procedimento para a solicitação no Programa de
Assistência Médica (prêmio de seguro))**

◆ Documentação

Apresente os seguintes documentos sobre as despesas médicas atribuídas ao subsídio. Antes de remeter os documentos, utilize a lista da página 3 para checar se a documentação está completa.

1. Formulário de solicitação de subsídio (página 4, Formulário 1)
2. Detalhamento do requerimento (página 5, Formulário 1-2)
3. Recibos dos prêmios de seguro à seguradora
4. Cópia da apólice de seguro
5. Documento de identificação
6. Cópia de um dos seguintes documentos: comunicado de confirmação da condição de beneficiário do programa, carteira de saúde de vítima da bomba atômica, comprovante da condição de vítima da bomba atômica
7. Documento que permite verificar a conta corrente para depósito

As pessoas que correspondem ao seguinte deverão apresentar os seguintes documentos além dos documentos de 1 a 7.

(Quando houver alteração dos dados cadastrais, tal como o endereço)

8. Solicitação de alteração dos dados cadastrais (página 8, Formulário 3)

(Quando um familiar enlutado requerer as despesas médicas do vítima falecido da bomba atômica)

9. Formulário de solicitação de subsídio (para a solicitação após o falecimento) (Página 9, Formulário 4)

*Apresente o documento 9 em vez do documento 1

10. Registro de óbitos (Página 10, Formulário 5)
11. Documento que comprove a relação familiar

◆Tempo de apresentação da solicitação

O prazo final para entrega do formulário de solicitação é 31 de janeiro de 2018 (quarta). Não esqueça de realizar a solicitação.

Até o prazo final para entrega, é possível realizar a solicitação quantas vezes for necessário, dentro do limite de pagamento de 300.000 ienes.

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

【Remeter para:】

Programa de Assistência Médica às Vítimas de
Bomba Atômica Residentes no Exterior
*(Zaigai Hibakusha Hoken Iryo Josei Jigyo
Tanto-kakari)*
Associação de Saúde Pública do Japão
(Ippan Zaidan Hojin Nihon Kosshu Eisei Kyokai)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo
160-0022, Japão
Telefone: +81-3-3352-4285
Fax: +81-3-3352-4605
E-mail: zaigai@jpha.or.jp

Programa de Assistência Médica às Vítimas de
Bomba Atômica Residentes no Exterior
*(Zaigai Hibakusha Hoken Iryo Josei Jigyo
Tanto-kakari)*
Associação de Saúde Pública do Japão
(Ippan Zaidan Hojin Nihon Kosshu Eisei Kyokai)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo
160-0022, Japão
Telefone: +81-3-3352-4285
Fax: +81-3-3352-4605
E-mail: zaigai@jpha.or.jp

Programa de Assistência Médica às Vítimas de
Bomba Atômica Residentes no Exterior
*(Zaigai Hibakusha Hoken Iryo Josei Jigyo
Tanto-kakari)*
Associação de Saúde Pública do Japão
(Ippan Zaidan Hojin Nihon Kosshu Eisei Kyokai)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo
160-0022, Japão
Telefone: +81-3-3352-4285
Fax: +81-3-3352-4605
E-mail: zaigai@jpha.or.jp

Programa de Assistência Médica às Vítimas de
Bomba Atômica Residentes no Exterior
*(Zaigai Hibakusha Hoken Iryo Josei Jigyo
Tanto-kakari)*
Associação de Saúde Pública do Japão
(Ippan Zaidan Hojin Nihon Kosshu Eisei Kyokai)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo
160-0022, Japão
Telefone: +81-3-3352-4285
Fax: +81-3-3352-4605
E-mail: zaigai@jpha.or.jp

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

Em caso de inclusão de múltiplas solicitações, realize com antecedência as cópias dos formulários constantes entre as páginas 4 e 10 (cópias podem ser realizadas em papel de cor branca). Ou então, solicite o envio de formulários de solicitação adicionais à Associação Japonesa para Saúde Pública.

**Lista de checagem da documentação (prêmio de seguro)
(para o requerimento simples com os comprovantes de pagamento ou os
recibos dos prêmios de seguro)**

* Antes de remeter os documentos, utilize a lista abaixo para checar se a documentação está completa.

Concluído	Número	Documento
<input type="checkbox"/>	1	Formulário de solicitação de subsídio (Formulário 1)
<input type="checkbox"/>	2	Detalhamento do requerimento No caso de pagamento mensal: Formulário1-2 No caso de não pagamento mensal: Formulário1-3
<input type="checkbox"/>	3	Recibos dos prêmios de seguro à seguradora * O recibo a ser entregue deve conter os 4 elementos seguintes: • Valor pago. • Nome da pessoa que recebeu o tratamento (devendo ser o mesmo do solicitante). Em caso de haver também prêmio de seguro de outros que não o solicitante, sublinhar apenas as do solicitante, explicitando-as. • O nome, endereço e telefone da instituição de saúde • Data do pagamento.
<input type="checkbox"/>	4	Cópia da apólice de seguro *O seguro médico, cujo período coberto pelo seguro deve incluir o período de janeiro a dezembro de 2016.
<input type="checkbox"/>	5	Documento de identificação (emitido até um mês antes da data do requerimento) (certidões de registro familiar (<i>koseki tohon/shohon</i>), certidões expedidas por cartório (Notary public), comprovante de permanência definitiva de estrangeiros, comprovante de residência, entre outros) <u>*Beneficiários do auxílio de controle da saúde, do auxílio de saúde, do auxílio especial de tratamento médico ou do auxílio especial não precisam apresentar o documento de identidade quando da apresentação do Formulário de solicitação de subsídio.</u>
<input type="checkbox"/>	6	Cópia de um dos seguintes documentos: comunicado de confirmação da condição de beneficiário do programa, carteira de saúde de vítima da bomba atômica, comprovante da condição de vítima da bomba atômica
<input type="checkbox"/>	7	Documento que permite verificar a conta corrente para depósito (cópia da caderneta do banco ou cheque, entre outros)

Caso necessário, apresente os seguintes documentos:

<input type="checkbox"/>	8	Solicitação de alteração dos dados cadastrais (Formulário 2) *Apresente-o somente se houver alteração de endereço ou outros dados.
<input type="checkbox"/>	9	Formulário de solicitação de subsídio (para a solicitação após o falecimento) (Formulário 3) *Apresente o documento 9 em vez do documento 1
<input type="checkbox"/>	10	Registro de óbitos (Formulário 4)
<input type="checkbox"/>	11	Documento que comprove a relação familiar *Apresente os documentos de 9 a 11 somente na solicitação das despesas médicas do vítima da bomba atômica pelo familiar enlutado.

* As pessoas que farão a solicitação pela primeira vez deverão consultar a folha de cor verde e apresentar os documentos para o registro inicial também.

Formulário de solicitação de subsídio (prêmio de seguro)

Número do comunicado de confirmação de beneficiário do programa				-					
Nome		Data de Nascimento Dia/Mês/Ano		/		/		Sexo M/F	
País de residência									
Endereço									
Telefone		(Preencha a partir do código do país)							
Fax/E-mail									
Conta corrente para depósito	Nome do Banco								
	Nome da Agência								
	Endereço da Agência								
	Número da conta corrente								
	Nome do titular da conta								
Recebimento de auxílio no momento desta solicitação		Sim		/		Não			
Valor solicitado	Moeda local		(unidade)						

* Anexe um documento que permita conferir o número da conta corrente, como a cópia da caderneta do banco.

* O próprio solicitante deverá ser o titular da conta corrente para depósito.

* Em sendo beneficiário do auxílio de controle da saúde, do auxílio de saúde, do auxílio especial de tratamento médico ou do auxílio especial no momento desta solicitação, assinale "Sim" com um .

Solicito, conforme disposto acima, a concessão de subsídio às despesas médicas referentes ao ano de 2017. Envio em anexo toda a documentação relativa à solicitação.

Data: Dia _____ Mês _____ Ano _____

Nome do solicitante:

Carimbo ou assinatura

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

(No caso de solicitação por representante)

Nome do representante:

Telefone de contato do representante:

* Deve ser preenchido o telefone de contato do representante que seja possível entrar em contato impreterivelmente

Ao Excelentíssimo Senhor Governador da Província de Hiroshima

Detalhamento do requerimento (em caso de não pagamento mensal)

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

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

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

Assinale com um círculo o item correspondente.

- Tipo de plano do seguro de saúde:

a) Individual

b) Familiar para casal sem filhos

c) Familiar para casal com filhos (número de associados: _____)

d) Outro tipo de plano (número de associados: _____)

- Sobre a forma de pagamento da taxa do seguro:

a) somente do valor correspondente ao plano do segurado

b) do valor integral relativo ao plano familiar ao casal sem filhos

c) do valor integral relativo ao plano familiar para casal com filhos

d) outras formas de pagamento (Especificar: _____)

Papel para colagem dos recibos referentes ao mês de ()



Nota 1: Os comprovantes de pagamento ou recibos das despesas deverão conter todos os dados abaixo:

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

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

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

Formulário 2

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

Data: Dia _____ Mês _____ Ano _____

Ao Excelentíssimo Senhor Governador da Província de Hiroshima

Endereço (depois da alteração): _____

Nome (depois da alteração): _____ Carimbo ou assinatura

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

Preencha somente os itens em que houve alteração.

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

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

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

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

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

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

2. Preenche sobre o solicitante.

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

* Necessário anexar cópia de documento que permita verificar a conta corrente para depósito.

* O próprio solicitante deverá ser o titular da conta.

* Necessário anexar documento que comprove ser o solicitante herdeiro do beneficiário do programa.

Solicito, conforme disposto acima, a concessão de subsídio às despesas médicas para o/a falecido/a _____ referentes ao ano de 2017. Envio em anexo toda a documentação relativa à solicitação. Por acaso, se ocorrer uma disputa em relação ao subsídio às despesas médicas após o seu recebimento, juro que assumerei todas as responsabilidades, além de não impor a responsabilidade ao Senhor Governador da Província de Hiroshima.

Data: _____ Ano _____ Mês _____ Dia _____

Nome do solicitante

(ou Assinatura)

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

Excelentíssimo Senhor Governador Hiroshima

Notificação de óbito

Data: Ano Mês Dia

Excelentíssimo Senhor Governador Hiroshima

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

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

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

- * Necessário anexar documento comprobatório do óbito.
- * Necessário devolver o comunicado de confirmação de beneficiário do programa.
- * Esta notificação destina-se à solicitação do sistema de subsídio médico. Procedimentos relacionados a municipalidades emissoras de Caderneta para Vítimas da Bomba Atômica devem ser realizados à parte.

**Procedimento para a solicitação simples através
de comprovantes de pagamento ou recibos
dos prêmios de seguro à seguradora
(Despesas médicas)
(Procedimento para a solicitação no Programa de
Assistência Médica (Despesas médicas))**

◆ Documentação

Apresente os seguintes documentos sobre as despesas médicas atribuídas ao subsídio. Antes de remeter os documentos, utilize a lista da página 3 para checar se a documentação está completa.

1. Formulário de solicitação de subsídio (página 4, Formulário 1)
2. Detalhamento do requerimento (página 5, Formulário 1-2)
3. Documentos que pertence verificar o valor pago pelo beneficiário-solicitante, tais como os comprovantes de pagamento
4. Documento de identificação
5. Cópia de um dos seguintes documentos: comunicado de confirmação da condição de beneficiário do programa, carteira de saúde de vítima da bomba atômica, comprovante da condição de vítima da bomba atômica
6. Documento que permite verificar a conta corrente para depósito
7. Relação das instituições de saúde utilizadas (página 7, Formulário 2)

As pessoas que correspondem ao seguinte deverão apresentar os seguintes documentos além dos documentos de 1 a 7.

(Quando houver alteração dos dados cadastrais, tal como o endereço)

8. Solicitação de alteração dos dados cadastrais (página 8, Formulário 3)

(Quando um familiar enlutado requerer as despesas médicas do vítima falecido da bomba atômica)

9. Formulário de solicitação de subsídio (para a solicitação após o falecimento) (Página 9, Formulário 4)

*Apresente o documento 9 em vez do documento 1

10. Registro de óbitos (Página 10, Formulário 5)
11. Documento que comprove a relação familiar

◆Tempo de apresentação da solicitação

O prazo final para entrega do formulário de solicitação é 31 de janeiro de 2018 (quarta). Não esqueça de realizar a solicitação.

Até o prazo final para entrega, é possível realizar a solicitação quantas vezes for necessário, dentro do limite de pagamento de 300.000 ienes.

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

【Remeter para:】

Programa de Assistência Médica às Vítimas de
Bomba Atômica Residentes no Exterior
*(Zaigai Hibakusha Hoken Iryo Josei Jigyō
Tanto-kakari)*
Associação de Saúde Pública do Japão
(Ippan Zaidan Hojin Nihon Koshu Eisei Kyokai)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo
160-0022, Japão
Telefone: +81-3-3352-4285
Fax: +81-3-3352-4605
E-mail: zaigai@jpha.or.jp

Programa de Assistência Médica às Vítimas de
Bomba Atômica Residentes no Exterior
*(Zaigai Hibakusha Hoken Iryo Josei Jigyō
Tanto-kakari)*
Associação de Saúde Pública do Japão
(Ippan Zaidan Hojin Nihon Koshu Eisei Kyokai)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo
160-0022, Japão
Telefone: +81-3-3352-4285
Fax: +81-3-3352-4605
E-mail: zaigai@jpha.or.jp

Programa de Assistência Médica às Vítimas de
Bomba Atômica Residentes no Exterior
*(Zaigai Hibakusha Hoken Iryo Josei Jigyō
Tanto-kakari)*
Associação de Saúde Pública do Japão
(Ippan Zaidan Hojin Nihon Koshu Eisei Kyokai)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo
160-0022, Japão
Telefone: +81-3-3352-4285
Fax: +81-3-3352-4605
E-mail: zaigai@jpha.or.jp

Programa de Assistência Médica às Vítimas de
Bomba Atômica Residentes no Exterior
*(Zaigai Hibakusha Hoken Iryo Josei Jigyō
Tanto-kakari)*
Associação de Saúde Pública do Japão
(Ippan Zaidan Hojin Nihon Koshu Eisei Kyokai)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo
160-0022, Japão
Telefone: +81-3-3352-4285
Fax: +81-3-3352-4605
E-mail: zaigai@jpha.or.jp

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

Em caso de inclusão de múltiplas solicitações, realize com antecedência as cópias dos formulários constantes entre as páginas 4 e 10 (cópias podem ser realizadas em papel de cor branca). Ou então, solicite o envio de formulários de solicitação adicionais à Associação Japonesa para Saúde Pública.

Lista de checagem da documentação (Despesas Médicas)
(para o requerimento simples com os comprovantes de pagamento ou os recibos dos prêmios de seguro)

* Antes de remeter os documentos, utilize a lista abaixo para checar se a documentação está completa.

Concluído	Número	Documento
<input type="checkbox"/>	1	Formulário de solicitação de subsídio (Formulário 1)
<input type="checkbox"/>	2	Detalhamento do requerimento (Formulário 1-2)
<input type="checkbox"/>	3	Documentos que pertence verificar o valor pago pelo beneficiário-solicitante, tais como os comprovantes de pagamento *1 O recibo a ser entregue deve conter os 4 elementos seguintes: <ul style="list-style-type: none"> • Valor pago. • Nome da pessoa que recebeu o tratamento (devendo ser o mesmo do solicitante). Em caso de haver também despesas médicas de outros que não o solicitante, sublinhar apenas as do solicitante, explicitando-as. • Nome, endereço e telefone da instituição médica. • Data do pagamento. *2 Caso necessário, anexe os seguintes documentos também: <ul style="list-style-type: none"> Quando comprou os medicamentos na farmácia por prescrição de um médico: Prescrição Quando recebeu o benefício de seguros privados: Certificado do benefício de seguros
<input type="checkbox"/>	4	Documento de identificação (emitido até um mês antes da data do requerimento) (certidões de registro familiar (<i>koseki tohon/shohon</i>), certidões expedidas por cartório (Notary public), comprovante de permanência definitiva de estrangeiros, comprovante de residência, entre outros) <u>*Beneficiários do auxílio de controle da saúde, do auxílio de saúde, do auxílio especial de tratamento médico ou do auxílio especial não precisam apresentar o documento de identidade quando da apresentação do Formulário de solicitação de subsídio.</u>
<input type="checkbox"/>	5	Cópia de um dos seguintes documentos: comunicado de confirmação da condição de beneficiário do programa, carteira de saúde de vítima da bomba atômica, comprovante da condição de vítima da bomba atômica
<input type="checkbox"/>	6	Documento que permite verificar a conta corrente para depósito (cópia da caderneta do banco ou cheque, entre outros)
<input type="checkbox"/>	7	Relação das instituições de saúde utilizadas (Formulário 2)

Caso necessário, apresente os seguintes documentos:

<input type="checkbox"/>	8	Solicitação de alteração dos dados cadastrais (Formulário 3) *Apresente-o somente se houver alteração de endereço ou outros dados.
<input type="checkbox"/>	9	Formulário de solicitação de subsídio (para a solicitação após o falecimento) (Formulário 4) *Apresente o documento 9 em vez do documento 1
<input type="checkbox"/>	10	Registro de óbitos (Formulário 5)
<input type="checkbox"/>	11	Documento que comprove a relação familiar *Apresente os documentos de 9 a 11 somente na solicitação das despesas médicas do vítima da bomba atômica pelo familiar enlutado.

* As pessoas que farão a solicitação pela primeira vez deverão consultar a folha de cor verde e apresentar os documentos para o registro inicial também.

Formulário de solicitação de subsídio (Despesas Médicas)

Número do comunicado de confirmação de beneficiário do programa				-				
Nome	Data de Nascimento Dia/Mês/Ano	/		/		Sexo		
								M/F
País de residência								
Endereço								
Telefone		(Preencha a partir do código do país)						
Fax/E-mail								
Conta corrente para depósito	Nome do Banco							
	Nome da Agência							
	Endereço da Agência							
	Número da conta corrente							
	Nome do titular da conta							
Recebimento de auxílio no momento desta solicitação		Sim		/		Não		
Valor solicitado	Moeda local		(unidade)					

* Anexe um documento que permita conferir o número da conta corrente, como a cópia da caderneta do banco.

* O próprio solicitante deverá ser o titular da conta corrente para depósito.

* Em sendo beneficiário do auxílio de controle da saúde, do auxílio de saúde, do auxílio especial de tratamento médico ou do auxílio especial no momento desta solicitação, assinale "Sim" com um .

Solicito, conforme disposto acima, a concessão de subsídio às despesas médicas referentes ao ano de 2017. Envio em anexo toda a documentação relativa à solicitação.

Data: Dia _____ Mês _____ Ano _____

Nome do solicitante:

Carimbo ou assinatura

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

(No caso de solicitação por representante)

Nome do representante:

Telefone de contato do representante:

* Deve ser preenchido o telefone de contato do representante que seja possível entrar em contato impreterivelmente

Ao Excelentíssimo Senhor Governador da Província de Hiroshima

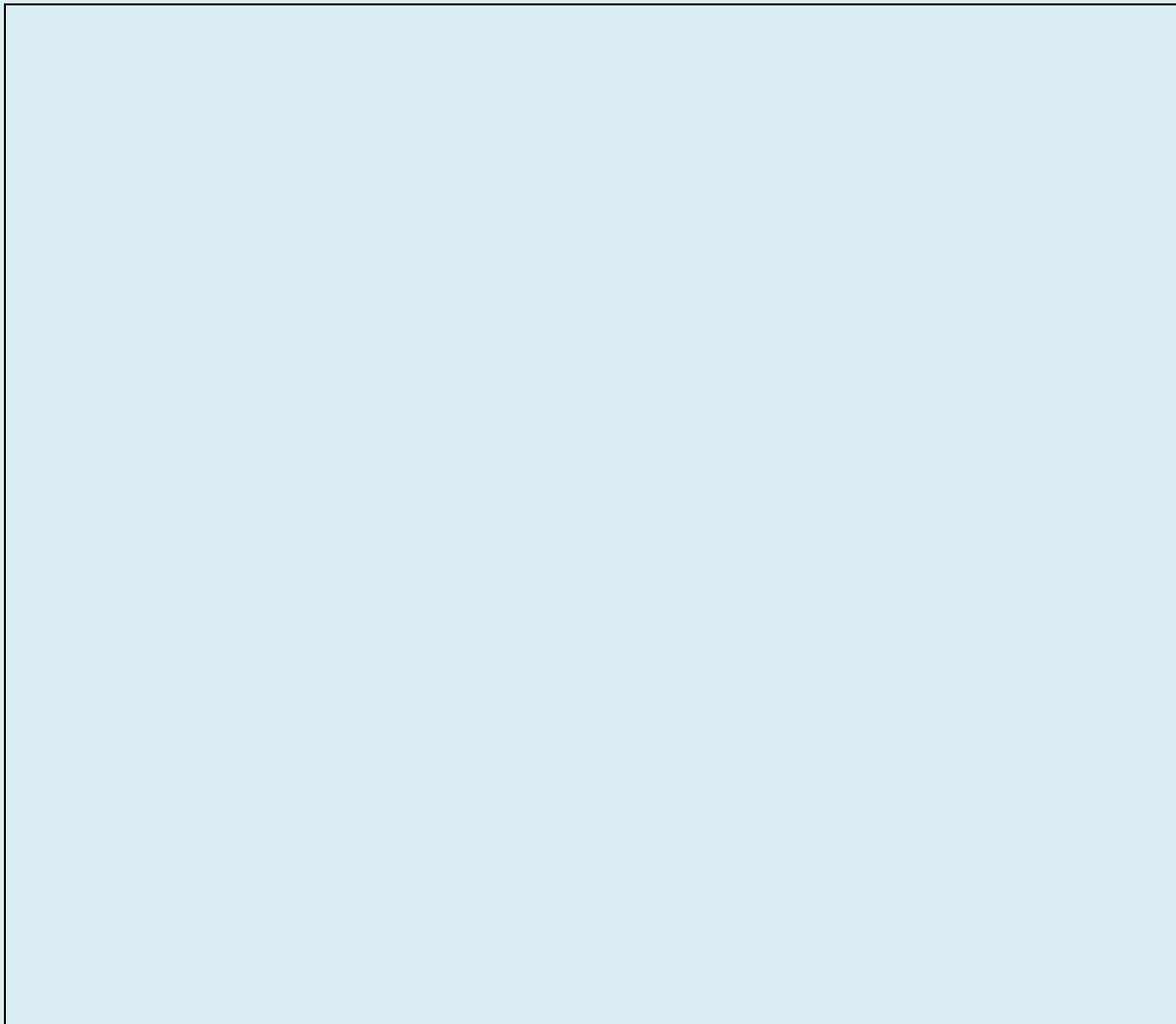
Detalhamento do requerimento (Despesas Médicas)

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

Note 1: Os comprovantes de pagamento ou recibos deverão ser separados por mês e colados em papel para colagem dos recibos da página 6 (formulário 1-3).

Note 2: Preencha os valores em moeda local.

Papel para colagem dos recibos referentes ao mês de ()



Nota 1: Os comprovantes de pagamento ou recibos das despesas deverão conter todos os dados abaixo:

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

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

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

Formulário 2

Relação das instituições de saúde utilizadas

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

Data: Dia _____ Mês _____ Ano _____

Ao Excelentíssimo Senhor Governador da Província de Hiroshima

País de residência:

Endereço do solicitante:

Nome do solicitante:

Telefone: (Preencha a partir do código do país)

Nome da instituição de saúde	Endereço da instituição de saúde	Telefone (Preencha a partir do código do país)

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

Data: Dia _____ Mês _____ Ano _____

Ao Excelentíssimo Senhor Governador da Província de Hiroshima

Endereço (depois da alteração): _____

Nome (depois da alteração): _____ Carimbo ou assinatura

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

Preencha somente os ítems em que houve alteração.

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

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

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

Requerimento de pagamento(Despesas médicas)(após o óbito)

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

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

2. Preenche sobre o solicitante.

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

* Necessário anexar cópia de documento que permita verificar a conta corrente para depósito.

* O próprio solicitante deverá ser o titular da conta.

* Necessário anexar documento que comprove ser o solicitante herdeiro do beneficiário do programa.

Solicito, conforme disposto acima, a concessão de subsídio às despesas médicas para o/a falecido/a _____ referentes ao ano de 2017. Envio em anexo toda a documentação relativa à solicitação. Por acaso, se ocorrer uma disputa em relação ao subsídio às despesas médicas após o seu recebimento, juro que assumerei todas as responsabilidades, além de não impor a responsabilidade ao Senhor Governador da Província de Hiroshima.

Data: _____ Ano _____ Mês _____ Dia _____

Nome do solicitante

(ou Assinatura)

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

Excelentíssimo Senhor Governador Hiroshima

Notificação de óbito

Data: Ano Mês Dia

Excelentíssimo Senhor Governador Hiroshima

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

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

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

- * Necessário anexar documento comprobatório do óbito.
- * Necessário devolver o comunicado de confirmação de beneficiário do programa.
- * Esta notificação destina-se à solicitação do sistema de subsídio médico. Procedimentos relacionados a municipalidades emissoras de Caderneta para Vítimas da Bomba Atômica devem ser realizados à parte.

Procedimento para a solicitação no caso de acima de 300 mil ienes (Procedimento para a solicitação em conformidade com a Lei)

◆ Documentação

Apresente os seguintes documentos sobre as despesas médicas atribuídas ao subsídio. Antes de remeter os documentos, utilize a lista da página 3 para checar se a documentação está completa.

1. Formulário de solicitação de subsídio (Página 4, Formulário 1)
2. Documentos que pertence verificar o valor pago pelo beneficiário-solicitante, tais como os comprovantes de pagamento
3. Documentos como o atestado médico que contém o nome da doença e o conteúdo do tratamento
4. Documento de identificação
5. Cópia da carteira de saúde de vítima da bomba atômica
6. Documento que permite verificar a conta corrente para depósito

As pessoas que correspondem ao seguinte deverão apresentar os seguintes documentos além dos documentos de 1 a 6.

(Beneficiário do auxílio especial de tratamento médico)

7. Cópia da certificação

(Quando houver alteração dos dados cadastrais, tal como o endereço)

8. Solicitação de alteração dos dados cadastrais (Página 5, Formulário 2)

(Quando um familiar enlutado requerer as despesas médicas do vítima falecido da bomba atômica)

9. Formulário de solicitação de subsídio (para a solicitação após o falecimento) (Página 6, Formulário 3)

*Apresente o documento 9 em vez do documento 1

10. Registro de óbitos (Página 7, Formulário 4)

11. Documento que comprove a relação familiar

* Para que a Associação de Saúde Pública do Japão efetue o depósito como nos anos anteriores, é necessário que o recebimento da despesa médica paga seja delegada à Associação de Saúde Pública do Japão. Caso delegue o recebimento desta, escolher “delegar” na coluna correspondente do formulário de solicitação.

◆Tempo de apresentação da solicitação

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

Após o pagamento até que decorram cinco anos, poderá ser requerido em qualquer momento.

No entanto, levará uma quantidade considerável de tempo para estimar o valor das despesas médicas caso tenha recebido um tratamento semelhante no Japão. Por isso, levará mais tempo para ser. Solicitamos a sua compreensão.

【Remeter para:】

Programa de Assistência Médica às Vítimas de
Bomba Atômica Residentes no Exterior
*(Zaigai Hibakusha Hoken Iryo Josei Jigyo
Tanto-kakari)*
Associação de Saúde Pública do Japão
(Ippan Zaidan Hojin Nihon Kosshu Eisei Kyokai)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo
160-0022, Japão
Telefone: +81-3-3352-4285
Fax: +81-3-3352-4605
E-mail: zaigai@jpha.or.jp

Programa de Assistência Médica às Vítimas de
Bomba Atômica Residentes no Exterior
*(Zaigai Hibakusha Hoken Iryo Josei Jigyo
Tanto-kakari)*
Associação de Saúde Pública do Japão
(Ippan Zaidan Hojin Nihon Kosshu Eisei Kyokai)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo
160-0022, Japão
Telefone: +81-3-3352-4285
Fax: +81-3-3352-4605
E-mail: zaigai@jpha.or.jp

Programa de Assistência Médica às Vítimas de
Bomba Atômica Residentes no Exterior
*(Zaigai Hibakusha Hoken Iryo Josei Jigyo
Tanto-kakari)*
Associação de Saúde Pública do Japão
(Ippan Zaidan Hojin Nihon Kosshu Eisei Kyokai)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo
160-0022, Japão
Telefone: +81-3-3352-4285
Fax: +81-3-3352-4605
E-mail: zaigai@jpha.or.jp

Programa de Assistência Médica às Vítimas de
Bomba Atômica Residentes no Exterior
*(Zaigai Hibakusha Hoken Iryo Josei Jigyo
Tanto-kakari)*
Associação de Saúde Pública do Japão
(Ippan Zaidan Hojin Nihon Kosshu Eisei Kyokai)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo
160-0022, Japão
Telefone: +81-3-3352-4285
Fax: +81-3-3352-4605
E-mail: zaigai@jpha.or.jp

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

Em caso de inclusão de múltiplas solicitações, realize com antecedência as cópias dos formulários constantes entre as páginas 4 e 10 (cópias podem ser realizadas em papel de cor branca). Ou então, solicite o envio de formulários de solicitação adicionais à Associação Japonesa para Saúde Pública.

Lista de checagem da documentação (Procedimento para a solicitação no caso de acima de 300 milenes)

* Antes de remeter os documentos, utilize a lista abaixo para checar se a documentação está completa.

Concluído	Número	Documento
<input type="checkbox"/>	1	Formulário de solicitação de subsídio (Formulário 1)
<input type="checkbox"/>	2	Documentos que pertite verificar o valor pago pelo beneficiário-solicitante, tais como os comprovantes de pagamento *1 O recibo a ser entregue deve conter os 4 elementos seguintes: <ul style="list-style-type: none"> • Valor pago. • Nome da pessoa que recebeu o tratamento (devendo ser o mesmo do solicitante). Em caso de haver também despesas médicas de outros que não o solicitante, sublinhar apenas as do solicitante, explicitando-as. <ul style="list-style-type: none"> • Nome, endereço e telefone da instituição médica. • Data do pagamento. *3 Caso necessário, anexe os seguintes documentos também: Quando comprou os medicamentos na farmácia por prescrição de um médico: Prescrição Quando recebeu o benefício de seguros privados: Certificado do benefício de seguros
<input type="checkbox"/>	3	Documentos como o atestado médico que contém o nome da doença e o conteúdo do tratamento
<input type="checkbox"/>	4	Documento de identificação (emitido até um mês antes da data do requerimento) (certidões de registro familiar (<i>koseki tohon/shohon</i>), certidões expedidas por cartório (Notary public), comprovante de permanência definitiva de estrangeiros, comprovante de residência, entre outros) <u>*Beneficiários do auxílio de controle da saúde, do auxílio especial de tratamento médico ou do auxílio especial não precisam apresentar o documento de identidade quando da apresentação do Formulário de solicitação de subsídio.</u>
<input type="checkbox"/>	5	Cópia da carteira de saúde de vítima da bomba atômica
<input type="checkbox"/>	6	Documento que permite verificar a conta corrente para depósito (cópia da caderneta do banco ou cheque, entre outros)

Caso necessário, apresente os seguintes documentos:

<input type="checkbox"/>	7	Cópia da certificação *Apresente-a somente se for o beneficiário do auxílio especial de tratamento médico.
<input type="checkbox"/>	8	Solicitação de alteração dos dados cadastrais (Formulário 2) *Apresente-o somente se houver alteração de endereço ou outros dados.
<input type="checkbox"/>	9	Formulário de solicitação de subsídio (para a solicitação após o falecimento) (Formulário 3) *Apresente o documento 9 em vez do documento 1
<input type="checkbox"/>	10	Registro de óbitos (Formulário 4)
<input type="checkbox"/>	11	Documento que comprove a relação familiar *Apresente os documentos de 9 a 11 somente na solicitação das despesas médicas do vítima da bomba atômica pelo familiar enlutado.

* As pessoas que farão a solicitação pela primeira vez deverão consultar a folha de cor verde e apresentar os documentos para o registro inicial também.

Formulário de solicitação de pagamento de Despesas Médicas/Despesas Médicas de Doenças Gerais

Número do comunicado de confirmação de beneficiário do programa				-					
Nome		Data Nascimento	de	/	/			Sexo	
		Dia/Mês/Ano						M/F	
Pais de residência									
Endereço									
Telefone	(Preencha a partir do código do país)								
Fax/E-mail									
Conta corrente para depósito	Nome do Banco								
	Nome da Agência								
	Endereço da Agência								
	Número da conta corrente								
	Nome do titular da conta								
Delegação do recebimento da despesa médica (despesa médica de doenças gerais) à Associação de Saúde Pública do Japão				Delegar / Non delegar					
Certificação de doenças causadas pela bomba atômica no momento desta solicitação				Sim	/	Não			
Recebimento de auxílio no momento desta solicitação				Sim	/	Não			
Valor solicitado	Moeda local								(unidade)

* Anexe um documento que permita conferir o número da conta corrente, como a cópia da caderneta do banco.

* O próprio solicitante deverá ser o titular da conta corrente para depósito.

* Em sendo beneficiário do auxílio de controle da saúde, do auxílio de saúde, do auxílio especial de tratamento médico ou do auxílio especial no momento desta solicitação, assinale "Sim" com um .

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

Data: Dia _____ Mês _____ Ano _____

Nome do solicitante:

Carimbo ou assinatura

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

(No caso de solicitação por representante)

Nome do representante:

Telefone de contato do representante:

* Deve ser preenchido o telefone de contato do representante que seja possível entrar em contato impreterivelmente

Ao Excelentíssimo Senhor Governador da Província de Hiroshima

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

Data: Dia _____ Mês _____ Ano _____

Ao Excelentíssimo Senhor Governador da Província de Hiroshima

Endereço (depois da alteração): _____

Nome (depois da alteração): _____ Carimbo ou assinatura _____

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

Por favor só enumere o item com a modificação.

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

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

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

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

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

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

2. Preenche sobre o solicitante.

<i>furigana</i>		Relação de parentesco com o beneficiário falecido	
Nome			
País de residência			
Endereço			
Telefone	(Preencher a partir do código do país)		
Fax/E-mail			
Conta para depósito	Nome da instituição financeira		
	Nome da sede/agência		
	Endereço da Agência		
	Número da conta-corrente		
	Nome do titular		
Delegação do recebimento da despesa médica (despesa médica de doenças gerais) à Associação de Saúde Pública do Japão		Delegar / Non delegar	
Valor de requerimento	Moeda local	(unidades)	

* Necessário anexar cópia de documento que permita verificar a conta corrente para depósito.

* O próprio solicitante deverá ser o titular da conta.

* Necessário anexar documento que comprove ser o solicitante herdeiro do beneficiário do programa.

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

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

Data: _____ Ano _____ Mês _____ Dia _____

Nome do solicitante

(ou Assinatura)

✘O campo referente à assinatura deve ser preenchido pelo próprio solicitante.
Excelentíssimo Senhor Governador Hiroshima

Notificação de óbito

Data: Ano Mês Dia

Excelentíssimo Senhor Governador Hiroshima

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

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

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

- * Necessário anexar documento comprobatório do óbito.
- * Necessário devolver o comunicado de confirmação de beneficiário do programa.
- * Esta notificação destina-se à solicitação do sistema de subsídio médico. Procedimentos relacionados a municipalidades emissoras de Caderneta para Vítimas da Bomba Atômica devem ser realizados à parte.

Procedimento para a solicitação pela primeira vez

◆ Documentação

A pessoa que fará a solicitação pela primeira vez precisa apresentar o documento abaixo:

- Solicitação de confirmação da condição de beneficiário do programa

◆ Tempo de apresentação da solicitação

Coloque o formulário de solicitação de pagamento de despesas médicas no envelope, e envie ao endereço abaixo, de modo que chegue no máximo até o dia 31 de janeiro de 2018 (quarta).

【Remeter para:】

Programa de Assistência Médica às Vítimas de Bomba Atômica Residentes no Exterior

(Zaigai Hibakusha Hoken Iryo Josei Jigyo Tanto-kakari)

Associação de Saúde Pública do Japão

(Ippan Zaidan Hojin Nihon Kosshu Eisei Kyokai)

1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo 160-0022, Japão

Telefone: +81-3-3352-4285

Fax: +81-3-3352-4605

E-mail: zaigai@jpha.or.jp

Formulário 1

* As pessoas que farão a solicitação pela primeira vez deverão preencher e enviar sem falta este formulário. As pessoas que já estão inscritas no programa não precisam enviá-lo.

Solicitação de confirmação de beneficiário do programa (prêmio de seguro)

Nome		Data de Nascimento	/ /		Sexo
		Dia/Mês/Ano			M / F
País de residência					
Endereço					
Tel	(Preencha a partir do código do país)				
Fax/email					
Tipo	<input type="checkbox"/> Carteira de saúde de vítima da bomba atômica <input type="checkbox"/> Comprovante da condição de vítima da bomba atômica (ou certidão de vítima da bomba) * Assinalar uma das opções com círculo o.				
Província /cidade emissora		/			
Número de beneficiário da assistência médica paga pelo fundo público					
Número do comprovante da condição de vítima da bomba atômica (ou certidão de vítima da bomba)					

Solicito, conforme disposto acima, a confirmação de beneficiário do programa de assistência médica. Envio em anexo toda a documentação relativa à solicitação.

Data: Dia _____ Mês _____ Ano _____

Nome do solicitante:

Carimbo ou assinatura

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

(No caso de solicitação por representante)

Nome do representante:

Telefone de contato do representante:

* Deve ser preenchido o telefone de contato do representante que seja possível entrar em contato impreterivelmente

Ao Excelentíssimo Senhor Governador da Província de Hiroshima