

SEGURO NACIONAL DE SALUD

GUÍA

Año fiscal 2022



CIUDAD DE YOKOHAMA
(スペイン語版)

INDICE

¿Qué es el Seguro Nacional de Salud?	1
国民健康保険ってなに？	
Inscripción: Asegurado, Tarjeta del seguro	2
加入 被保険者・保険証	
Comunicación	3
届出	
Pago: Reintegro de los gastos de tratamiento médico	4
給付 療養の給付	
Tarifa media de la dieta durante la hospitalización	4
入院時食事療養標準負担額	
Tarifa media de los servicios durante la hospitalización	5
入院時生活療養標準負担額	
Reintegro de los gastos médicos	6
療養費の支給	
Gastos de tratamiento médico en consultas efectuadas en centros de cuidados médicos	7
訪問看護療養費	
Gastos de traslado	7
移送費の支給	
Reintegro de los gastos de tratamiento médico de alto costo	8
高額療養費の支給	
Subsidio único por parto y puericultura, y gastos funerarios	10
出産育児一時金	
Los gastos funerarios	12
葬祭費	
Subsidio para la crianza de niños con discapacidades	12
障害児育児手当金	
Subsidio por lesiones y enfermedades (infección por coronavirus (COVID-19))	13
傷病手当金（新型コロナウイルス感染症）	
Casos en que no es posible acceder a un tratamiento médico a través del Seguro Nacional de Salud	14
国民健康保険で診療を受けられない場合	
Al involucrarse en accidentes de tránsito, etc.	14
交通事故などがあったときは	
Personas de 70 o más años de edad	15
70歳以上の方	
Cuota del seguro: Modo de cálculo de la cuota del seguro	18
保険料 保険料の計算	
Determinación y alteración de la cuota del seguro	19
保険料額の決定・変更	
Forma de pago de la cuota del seguro	20
保険料の支払方法	
Reducción o exención de la cuota del seguro	21
保険料の減額及び免除	
Falta de pago de la cuota del seguro	23
保険料の滞納	
Pruebas médicas específicas / Asesoramiento en salud específico	24
特定健康診査・特定保健指導	
Sistema de salud para los ancianos de edad avanzada	26
後期高齢者医療制度	
Sistema de subsidios para los gastos de tratamiento médico para discapacitados de naturaleza grave	28
重度障害者医療費助成事業	
Actividades de subsidio para tratamiento médico para familias con solamente uno de los padres	30
ひとり親家庭等の医療費助成	
Sistema de subsidios para los gastos de tratamiento médico infantil	32
小児医療費助成事業	
Instituciones hospitalarias con atención nocturna y días feriados	35
夜間・休日急患診療所	
Lista del sector de seguro de la sección de seguro y pensión de la municipalidad	37
区役所保険年金課保険係一覧	
Sección de seguro nacional de salud de la municipalidad de la ciudad	38
市役所国民健康保険担当課	
Seguro Nacional de Salud: Cuando ocurran los siguientes casos, comunique sin falta.	39
国民健康保険、こんな時には忘れずに届け出を	

¿Qué es el Seguro Nacional de Salud?

国民健康保険ってなに？

Es un sistema de ayuda mutua.

お互いの助けあいの制度です

Todos nosotros deseamos vivir con salud. Pero, desgraciadamente, no sabemos en qué momento nos podemos enfermar o sufrir un accidente. Para prevenir estos problemas y, en caso de requerir un tratamiento seguro, una persona debe estar inscrito en un seguro de salud.

El Seguro Nacional de Salud es un sistema de ayuda mutua, en que los inscritos colaboran con una cuota de dinero para los casos necesarios.

Seguro Nacional de Salud

国民健康保険とは

El sistema de seguro de salud incluye el seguro de salud, en el cual las personas se inscriben en su lugar de trabajo; el seguro de salud para los ancianos de edad avanzada, es decir, personas de 75 o más años de edad; y el sistema del seguro nacional de salud, en el que se inscriben las demás personas. El Seguro Nacional de Salud es un sistema organizado por cada municipio y prefecturas en mutua colaboración, por lo que se deberán realizar los trámites de inscripción en el municipio donde resida usted. Para más información sobre los procedimientos de inscripción al seguro nacional de salud, consulte la página “Inscripción”.

El tratamiento médico está cubierto por la cuota del seguro.

医療費は保険料で支えられています

Simultáneamente al “derecho de acceder a un tratamiento médico a través del seguro”, el asegurado del Seguro Nacional de Salud tiene la “obligación” de abonar la cuota del seguro. Para más información sobre la cuota del Seguro Nacional de Salud, por favor consulte la página “Cuota del seguro”.

Requerimiento del Seguro Nacional de Salud

国民健康保険の給付とは

La persona inscrita en el Seguro Nacional de Salud podrá acceder a un tratamiento médico o a una suma de dinero importante, en casos de enfermedad o lesión, o en nacimiento o fallecimiento. Para más información sobre las prestaciones del Seguro nacional de Salud, por favor consulte la página “Pago”.

¿Conoce los medicamentos genéricos?

ジェネリック医薬品（後発医薬品）をご存じですか？

Un medicamento genérico es una droga farmacéutica producida y distribuida después del vencimiento de la patente de la fórmula original (fármaco nuevo), que tiene el mismo principio efectivo.

Punto 1: comúnmente son más baratos y económicos que los fármacos originales. Contribuyen a reducir el monto de su pago individual y a mejorar la financiación del Seguro Nacional de la Ciudad de Yokohama.

Punto 2: su efectividad y seguridad son virtualmente las mismas que los fármacos originales. Las formas y colores de los medicamentos pueden ser distintos.

Punto 3: los medicamentos genéricos no necesariamente existen para todos los fármacos. Pueden no estar disponibles debido a la política de tratamiento de los médicos, las existencias, etc. de las instituciones médicas o farmacias.

★ Si desea medicamentos genéricos, consulte a su médico o farmacéutico.

En cuanto a “Notificación de Gastos Médicos”

「医療費のお知らせ」について

Una vez al año, enviamos al jefe de familia una “Notificación de gastos médicos”, que indica el monto total de los gastos médicos incurridos por toda la familia que acudió a las instituciones médicas.

Esta notificación se envía con el fin de proporcionarle una mayor conciencia de la forma en que el costo del tratamiento médico recae bajo el sistema nacional de seguridad social, y también una mayor conciencia de su salud. Además, la notificación de gastos médicos se puede utilizar, basándose en la deducción de gastos médicos de la declaración final del impuesto a la renta. (De no haber ninguna persona que haya recibido atención médica, no se le enviará esta notificación.)

★ En cuanto al manejo de la información personal en la “Notificación de Gastos Médicos”

El acto de enviar la “Notificación de Gastos Médicos” a todos los hogares corresponde a la aportación de información personal por parte de un tercero. Sin embargo, debido a que es difícil verificar la intención de todos los abonados con anticipación, de no haber ninguna objeción en particular, consideramos que hemos recibido el visto bueno de acuerdo con las directrices del gobierno nacional.

En caso de que no desee el envío de la citada notificación, por favor, póngase en contacto con la Sección de Seguros y Pensiones de la División de Seguro Nacional de Salud de la Municipalidad de su distrito.

Inscripción: Asegurado, tarjeta del seguro

加入：被保険者・保険証

Inscrito(s) en el Seguro Nacional de Salud (Asegurado)

国民健康保険の加入者（被保険者）

Todas las personas (*) que vivan en la ciudad deben inscribirse en el programa del Seguro Nacional de Salud de Yokohama. Quedan exceptuadas las personas que tengan seguro de salud de la empresa donde trabajan, y sus dependientes; las personas que califiquen para el programa de seguro de salud para ancianos de edad avanzada y las personas que reciban subsidios de supervivencia.

Ejemplos:

Autónomos, agricultores, jubilados, desempleados, persona que no dependa de su cónyuge, etc.

* Sin embargo, si el estatus de residencia está en la categoría “actividad específica” y están dedicadas una actividad que recibe la atención médica o una actividad en la cuida en vida cotidiana a personas que reciben la atención médica, actividades similares al turismo y a la recreación, etc., así como su acompañante y cónyuge que ejerce una actividad que es similar a la del turismo y la recreación, etc., no pueden suscribirse al Seguro Nacional de Salud.

Cada persona será considerada “asegurada”.

一人ひとりが被保険者

En el Seguro Nacional de Salud, cada persona será asegurada.

Los trámites de inscripción se realizan por familia.

Cuidados para la conservación de la tarjeta de seguro

保険証の取扱いのご注意

- No llene o corrija los datos contenidos en la tarjeta.
- Consérvela cuidadosamente.

* **Está terminantemente prohibido prestar la libreta a otras personas, o que se la presten a uno. Ambos casos pueden ser objeto del castigo legal por ser una práctica ilícita.**

¿Qué es la tarjeta del seguro (Tarjeta del asegurado)?

保険証（被保険者証）とは

Al registrarse en el Seguro Nacional de Salud, se emitirá una tarjeta por persona. Esta tarjeta comprueba que la persona está asegurada, y sirve, también, como credencial para acceder a un tratamiento médico.

La tarjeta de seguro se expide a las personas que corresponden a las siguientes condiciones;

Motivo de la emisión	Modo de emisión
Al inscribirse en el Seguro	Al efectuar los trámites de inscripción, se le enviará la tarjeta por correo.
Cuando expira el plazo de validez de la Tarjeta de Seguro de Salud	La nueva tarjeta se le enviará por el correo. *Tenga cuidado, pues no es posible utilizar la Tarjeta del Seguro vencido.
Cuando la tarjeta se pierde, se ensucia, etc.	La nueva tarjeta se emitirá al efectuar los trámites para la emisión de la 2ª copia.

Procedimientos relacionados a los trámites

手続きの方法

Consulte la página 3.

Comunicación

届出

En el caso de las siguientes eventualidades, realice la respectiva comunicación.

こんなとき必ず届出を

Cuando suceda uno de los casos que se indican a continuación, notifique al Sector de Seguro de la Sección de Seguros y Pensiones de la Municipalidad del distrito donde reside dentro de los 14 días siguientes.

- ① Al ingresar o retirarse del seguro de salud de la empresa en que trabaja.
- ② En caso de cambio de domicilio, nombre o jefe de familia.
- ③ En caso de nacimiento o fallecimiento.
- ④ Al iniciar o dejar de percibir el subsidio de supervivencia.
- ⑤ Cuando reside en otra ciudad, villa o aldea diferente a la de la familia, debido a sus estudios.
- ⑥ Al volver al país de origen (comunique, sin falta, antes de volver a su país.)
- Los documentos necesarios para el trámite se especifican en la página 39.

Preguntas y respuestas

P: Yo estaba afiliado al Seguro Nacional de Salud, pero recientemente ingresé en el seguro de salud de la empresa en que empecé a trabajar. ¿El trámite de cambio se realiza automáticamente?

R: El cambio no es automático. Sírvase declarar el cambio, presentando la nueva Tarjeta de Seguro de Salud y la Tarjeta del Seguro Nacional de Salud.

Después de confirmar el código, el número, etc. de la nueva Tarjeta del Seguro de Salud, se retirará la Tarjeta del Seguro Nacional de Salud.



Fecha de ingreso y retiro del Seguro Nacional de Salud

国民健康保険に加入する日、やめる日

Fecha de ingreso en el Seguro Nacional de Salud	<ul style="list-style-type: none"> ① Fecha en que se mudó desde el extranjero u otro municipio. ② Fecha de caducidad del Seguro de Salud de la Empresa. (Al día siguiente al del retiro de la empresa en que trabaja o el día en que ha dejado de ser dependiente.) ③ Fecha del nacimiento del asegurado. ④ Fecha en que dejó de recibir el subsidio de supervivencia.
Fecha de caducidad del Seguro Nacional de Salud (Día en que la tarjeta se torna inválida.)	<ul style="list-style-type: none"> ① Día de su mudanza para otra ciudad, villa o aldea. ② Día de ingreso en el Seguro de Salud de la empresa. ③ Día siguiente al fallecimiento. ④ Día en que comienza a recibir el subsidio de supervivencia. ⑤ Día siguiente a la fecha de retorno al país de origen. ⑥ Día siguiente al día de expiración de la visa de residencia.

Preguntas y respuestas

P: ¿Qué sucedería si me atraso en inscribirme al Seguro?

R: Al no poseer la Tarjeta del Seguro, se le requerirá el pago total de los gastos en el caso de acceder a un tratamiento médico durante el período de atraso y, además, será necesario abonar las cuotas atrasadas retroactivamente.

P: ¿Qué sucedería si me atraso en informar la desafiliación?

R: En el caso de que la persona haya perdido la calidad de asegurado y utilice sin propósito la Tarjeta del Seguro que todavía se encuentra en su poder, esa persona tendrá que restituir posteriormente el 70% (o 80%) correspondiente a los gastos hospitalarios. Al ingresar en el Seguro de Salud de la empresa en que ha empezado a trabajar, la persona deberá tener cuidado de no utilizar la Tarjeta del Seguro Nacional de Salud, y comunicar a la institución competente luego que la Tarjeta del Seguro de la empresa sea habilitada.

Pago: Reintegro de los gastos de tratamiento médico

給付：療養の給付

Si presenta su tarjeta de asegurado (o su tarjeta-certificado de persona asegurada y receptor de subvención de avanzada edad, si tiene 70 años o más) en un hospital o clínica, puede recibir tratamiento médico simplemente pagando una parte del coste.

Clasificación		Proporción del pago de la parte correspondiente al asegurado
Antes de escolarización a la escuela primaria	Hasta el 31 de marzo después de haber cumplido su sexto cumpleaños (o la víspera de su sexto cumpleaños si ha nacido el 1 de abril)	20%
Personas con 70 años o mayores	Para más detalles consulte la página 15.	20% / 30%
Personas que no correspondan al anterior		30%

Tarifa media de la dieta durante la hospitalización

入院時食事療養標準負担額

En cuanto al coste de las comidas durante la hospitalización, el asegurado se tiene que hacer cargo del coste estándar correspondientes a conceptos tales como “Tarifa media de la dieta durante la hospitalización (por cada comida, hasta 3 veces al día)” y el resto de los gastos serán cubiertos por el Seguro Nacional de Salud.

Así mismo, el coste estándar no se encuadra en los gastos de tratamiento médico de alto costo.

Tarifa media de la dieta durante la hospitalización para los pacientes internados de menores de 70 años			
Clasificación			Valor de pago por comida
Tributo municipal por hogar			¥460
Familia exenta del impuesto municipal	Días de internación en los últimos 12 meses	Hasta 90 días	¥210
		91 días o más	¥160

* Las personas de 70 o más años de edad deben consultar la página 17.

Certificado de Aplicación del Valor Límite del Seguro Nacional de Salud y de Autorización de Reducción del Valor Básico de Pago

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証

Quienes pertenecen a los hogares exentos del impuesto del ciudadano, podrán reducir la cantidad de pago hasta alcanzar el valor básico de pago mostrado en la tabla de arriba, al solicitar el “Certificado de Aplicación del Valor Límite del Seguro Nacional de Salud y de Autorización de Reducción del Valor Básico de Pago” al Sector de Seguro de la Sección de Seguros y Pensiones de la Municipalidad del distrito donde reside, y tras recibirlo presentándolo a la ventanilla de institución médica.

Reintegro de la diferencia del costo de pago estándar

標準負担額差額支給

En el caso de efectuar el pago normal de los gastos debido a la imposibilidad de presentar la Tarjeta de Reconocimiento de Reducción de Costo, se le reintegrará la diferencia mediante requerimiento.

*Por favor, tenga en cuenta que, al transcurrir dos años a partir de la fecha de pago a la institución médica, el plazo para la prescripción expirará y no podrá realizar una nueva solicitud.

Documentos necesarios para la solicitud

- Tarjeta del Seguro
- Recibos
- Libreta bancaria o número de la cuenta bancaria

* En caso de transferencia bancaria a una cuenta que no sea de la cabeza de familia, se requiere un sello personal (a nombre de la cabeza de familia y con tinta roja).

Tarifa media de los servicios durante la hospitalización

入院時生活療養標準負担額

Para equilibrar la carga con el beneficio por seguro de salud de largo plazo, las personas, de 65 años o más, hospitalizadas por tratamientos médicos, deben hacerse cargo, como cargos estándares, de los gastos de la comida del hospital (ingredientes y preparación) y alojamiento (servicios) de acuerdo a sus ingresos.

En cuanto a los pacientes con alta necesidad de hospitalización en el curso del tratamiento médico, ellos pagarán el coste de las comidas equivalentes al normal de la terapia dietética. Los gastos de alojamiento ascienden a 370 yenes. Por favor, consulte con la institución médica sobre a cuál de ellos es aplicable su situación. Así mismo, el coste estándar no se encuadra en los gastos de tratamiento médico de alto costo.

Tarifa media de los servicios durante la hospitalización para los pacientes internados de entre 65 y menores de 70 años (comidas del hospital y servicios)		
	Cargo de alimentos por comida	Cargo de servicios por día
Hogares pasibles del impuesto del ciudadano	¥460 [¥420] (*2)	¥370
Hogares exentos del impuesto del ciudadano (*1)	¥210	

* Las personas de 70 o más años de edad deben consultar la página 17.

*1 En esta categoría se incluyen a los hogares cuyo jefe de familia y beneficiarios del seguro nacional de salud (miembros SNS) se encuentren exentos del impuesto al residente. La categorización del estado del hogar se realiza en base al impuesto al residente del año fiscal anterior si el mes de hospitalización es de abril a julio; y para el año fiscal en curso si la hospitalización se produjera en otro mes. Esta categorización no es aplicable a las personas cuyos ingresos no son contabilizados en el hogar.

*2 Diferente de acuerdo a la institución médica. Consulte en su institución médica los importes correspondientes.

Certificado de Aplicación del Valor Límite del Seguro Nacional de Salud y de Autorización de Reducción del Valor Básico de Pago

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証

El contenido es el mismo que el de la “Tarifa media de la dieta durante la hospitalización” explicada en la página 4. Lo mismo se aplica a la hora de la solicitud de la diferencia del coste de la “Tarifa media de los servicios durante la hospitalización”.

Reintegro de los gastos médicos

療養費の支給

Reintegro de los gastos médicos... Casos en que se puede recibir el reintegro

療養費の支給 払戻しが受けられる場合

En el caso de la siguiente tabla, por favor pague por el monto del coste total de los gastos médicos a la institución médica, y posteriormente realice la solicitud al Sector de Seguro de la Sección de Seguros y Pensiones de la Municipalidad del distrito donde reside, entregando todos los documentos necesarios, tales como la tarjeta del seguro, el formulario de solicitud, etc.

El Seguro Nacional de salud realizará una evaluación y en caso de que lo apruebe, se le devolverá un importe equivalente al 70% de la porción a cargo del seguro. (Este monto equivaldrá al 80% para niños que aún no alcancen la edad escolar, y al 80% y 70% para las personas de 70 años o más.)

Solicitamos, también, su comprensión, ya que la evaluación tardará unos 2 ó 3 meses hasta el reintegro.

* Tenga en cuenta que el plazo para realizar la solicitud expirará al transcurrir 2 años desde el pago de la tarifa, siendo imposible presentar la solicitud.

	En el caso de:	¿Qué es necesario para el requerimiento?
1	En el caso de no poder usar la Tarjeta de Seguro, por motivo de enfermedad repentina, emergencia u otros motivos de fuerza mayor. (*1) (Por ejemplo, cuando no puede llevar la Tarjeta del Seguro.)	(1) Recibo de los gastos médicos (2) Descripción detallada mediante la cual es posible tener conocimiento del nombre de la lesión/enfermedad y el contenido del tratamiento.
2	En el caso de confección de aparatos para tratamiento, tales como cintas correctivas, etc. después de obtener la aprobación del médico. (*2)	(1) Parecer del médico (2) Recibo y discriminación
3	Al acceder a un tratamiento ortopédico de un fisioterapeuta de judo (*3) (presentando la tarjeta del seguro, según el caso será necesario solamente pagar una parte del tratamiento mediante el “pago por el tratamiento recibido”. (*4))	(1) Recibo (2) Descripción detallada mediante la cual es posible tener conocimiento del contenido del tratamiento.
4	Al acceder a tratamientos como acupuntura, moxiterapia o masaje, con la aprobación del médico (presentando la tarjeta del seguro, según el caso será necesario solamente abonar una parte del tratamiento mediante el “pago por el tratamiento recibido”. (*4))	(1) Recibo (2) Descripción detallada mediante la cual es posible tener conocimiento del contenido del tratamiento. (3) Carta de aprobación del médico
5	En el caso de que reciba tratamiento médico en una institución hospitalaria en el extranjero, debido a que ha sufrido una enfermedad o lesión repentina. (*5)	(1) Recibo y descripción detallada (2) Descripción detallada mediante la cual es posible tener conocimiento del nombre de la lesión/enfermedad y el contenido del tratamiento. (3) Traducción al japonés de (1) y (2). (4) Original de la tarjeta de viajero (pasaporte) de la persona que se sometió a la curación. (*6) (5) Carta de consentimiento (*7)
En el momento de la solicitud, es necesario presentar la Tarjeta del Seguro, la libreta bancaria o el número de la cuenta bancaria, etc. * En caso de transferencia bancaria a una cuenta que no sea de la cabeza de familia, se requiere un sello personal (a nombre de la cabeza de familia y con tinta roja).		

- Los documentos necesarios para la solicitud se pueden encontrar en el sector de seguro de la sección de seguro y pensión de la municipalidad.
- De los gastos aprobados por el seguro, la parte del gasto correspondiente al asegurado (costo correspondiente al asegurado) podrá encuadrarse en los gastos de tratamiento de alto costo.
Consulte en “Reintegro de gastos de tratamiento médico de alto costo”.
- *1 Así mismo también están cubiertos los costes para la cirugía de trasplante y el coste de transporte de órganos para su trasplante. En este caso, es necesario presentar una carta de opinión por escrito del médico que justifique la necesidad del transporte y las facturas de los costes de transportes (con detalle de los tramos de transporte, la distancia, etc.).
- *2 Se requieren datos como la fecha en la que el médico confirmó la aplicación de aparatos para tratamiento y nombre y apellido del especialista que confeccionó los aparatos (en caso de aparato con forma de zapatos, también es necesario adjuntar una foto del aparato correspondiente, etc. (para confirmar que se trata del mismo aparato que utiliza el paciente)).
- *3 Será necesario contar con el consentimiento de un médico para recibir tratamiento por parte de un fisioterapeuta de judo en caso de quebraduras o dislocaciones.
- *4 El “Pago por el tratamiento recibido” es el método mediante el cual la persona que ha hecho el tratamiento consigna el saldo correspondiente al pago de la porción monetaria que se debe cubrir (20%, 30%) en caso de tratamiento.
- *5 Los gastos de viajes cuyo fin sea un tratamiento no se encuadran en este caso. Del mismo modo, tampoco se encuadra la recepción de tratamiento médico en Japón si no se encuentra respaldado por el seguro de salud.

- *6 En caso de que no se puedan confirmar en el pasaporte los hechos relacionados con el viaje, sírvase presentar una solicitud de divulgación del registro de inmigración ante el Ministerio de Justicia y presentar este documento como comprobante de su salida al extranjero y su regreso a Japón.
- *7 En cuanto a los detalles de la solicitud, como puede presentarse la necesidad de hacer una confirmación con la institución médica del país donde se encuentre, se requiere llenar la carta de consentimiento de la persona que ha recibido el tratamiento médico.

Gastos de tratamiento médico en consultas efectuadas en centros de cuidados médicos

訪問看護療養費

En el caso de un paciente con una enfermedad de tratamiento difícil o una deficiencia de naturaleza grave que utilice el centro de cuidados médicos de acuerdo con la orientación de su médico particular, dicho paciente pagará solamente la tasa por el servicio. El resto será cubierto por el Seguro Nacional de Salud a título de “Gastos de Tratamiento Médico en Consultas efectuadas al Centro de Cuidados Médicos”. Sin embargo, los gastos de transporte necesarios para ir al centro serán por cuenta del paciente. Asimismo, para utilizar el centro de cuidados médicos, es necesario presentar el Certificado del Seguro.

Gastos de traslado

移送費の支給

Los gastos de traslado se reintegran a los pacientes en caso de que la Autoridad del Seguro Nacional de Salud considere que el mismo es dificultoso, ó que el tratamiento médico en cuestión no pueda realizarse suficientemente en sus instituciones médicas, y asimismo a aquellas personas quienes se deban trasladar por una emergencia por indicación del médico, etc. (Los pacientes ambulatorios no califican para el reintegro.)

* Tenga cuidado, pues el reembolso de los gastos prescribe a los 2 años del pago, no siendo posible presentar la solicitud después de este plazo.

- Tarjeta del Seguro.
- Libreta bancaria o número de la cuenta bancaria.
- Opinión del médico que compruebe la necesidad del traslado.
- Recibo de los gastos de traslado (que indique el recorrido del traslado y la distancia)

* En caso de transferencia bancaria a una cuenta que no sea de la cabeza de familia, se requiere un sello personal (a nombre de la cabeza de familia y con tinta roja).

Reintegro de los gastos de tratamiento médico de alto costo

高額療養費の支給

Casos en que se puede recibir el reintegro

支給が受けられる場合

Cuando el pago mensual del asegurado sea demasiado alto, se puede recibir posteriormente un reintegro de la cantidad excedente, luego de presentar una solicitud y recibir su aprobación. En el caso de que se apruebe la solicitud, el asegurado recibirá, posteriormente, el reintegro de la parte que excede el valor establecido como gastos de tratamiento médico de alto costo.

Cada año, se determina la clasificación según los ingresos de enero a julio pertinente al anteaño pasado, de agosto a diciembre correspondiente al año pasado. Cada mes de agosto se realiza la decisión de la clasificación y, por regla general, se aplica la misma clasificación hasta el mes de julio del siguiente año. Sin embargo, cuando dentro del periodo indicado haya movimiento en el número de miembros de familia, se revisará la decisión previa.

Para los requisitos del valor máximo e ingresos de las personas de 70 o más años de edad, sírvase referirse a la página 16.

(El techo máximo del valor de auto-pago para las personas menores de 70 años (Valor mensual))

Clasificación de ingresos	Valor máximo que debe cubrir el asegurado (mensual)
a	¥ 252.600 + (gastos médicos - ¥ 842.000) × 1% (valor máximo a partir de la 4ª vez ¥140.100)
b	¥167.400 + (gastos médicos - ¥558.000) × 1% (Valor máximo a partir de la 4ª vez: ¥93.000)
c	¥ 80.100 + (gastos médicos - ¥ 267.000) × 1% (Valor máximo a partir de la 4ª vez: ¥44.400)
d	¥57.600 (Valor máximo a partir de la 4ª vez: ¥44.400)
e	¥35.400 (Valor máximo a partir de la 4ª vez: ¥24.600)

Las condiciones de ingresos de cada clasificación de ingresos son como sigue:

Clasificación de ingresos	Condiciones de ingresos
a	La suma total de los ingresos estándar de todos los inscritos del seguro nacional de salud de la familia excede de ¥ 9.010.000. Pertenecer a esta clasificación aun en caso de que haya en la familia una persona cuyos ingresos no pueden confirmarse.
b	La suma total de los ingresos estándar de todos los inscritos en el seguro nacional de salud de la familia excede de ¥6.000.000, pero no de ¥ 9.010.000.
c	La suma total de los ingresos estándar de todos los inscritos en el seguro nacional de salud de la familia excede de ¥2.100.000, pero no de ¥ 6.000.000.
d	La suma total de los ingresos estándar de todos los inscritos en el seguro nacional de salud de la familia excede de ¥2.100.000.
e	Familia exenta del pago de impuestos de ciudadano, incluyendo el titular y todos los otros inscritos en el seguro nacional de salud.

Las personas se hayan inscrito en el seguro nacional de salud por haber perdido su empleo por bancarrota de la empresa y que están calificadas como “Beneficiario específico” del seguro de empleo o “Retirado por razones específicas”, pueden ser objeto de la baja de la clasificación de ingresos.

Para la información detallada, sírvase consultar en el Sector de Seguros de la Sección de Seguros y Pensiones de la Municipalidad de su distrito

Modo de cálculo del pago parcial de los gastos médicos a ser abonado por el asegurado

一部負担金の計算方法

- (1) Cálculo mensual: Los tratamientos médicos recibidos desde el 1ro. hasta el último día del mes son calculados como tratamientos de un mes.
- (2) El cálculo se realiza en forma individual por hospital o clínica.
- (3) Internación y consultas de dispensario: Ya sea en el caso de tratamientos efectuados en un solo hospital o una sola clínica, el cálculo de los gastos de dispensario y de la internación es efectuado separadamente.
- (4) El cálculo de los gastos de tratamiento odontológico es efectuado separadamente: Así haya recibido el tratamiento médico en, por ejemplo, una clínica general, y el tratamiento odontológico en el mismo hospital o clínica, el tratamiento odontológico será considerado como si hubiera sido efectuado en un hospital o clínica distinto.
- (5) Tarifa media de la dieta durante la hospitalización/los servicios durante la hospitalización: No se considera como parte correspondiente al asegurado en el cálculo de los gastos de tratamiento médico de alto costo.
- (6) Diferencia en el precio de la cama, etc.: se excluyen los valores que no se encuadran en el tratamiento médico cubierto por el seguro, tales como la diferencia de precio de la cama para la internación, etc.
- (7) Parte de los gastos médicos que debe pagar el asegurado (Parte correspondiente al asegurado): En algunos casos, esta parte se encuadra en los gastos médicos de alto costo. Consulte el ítem “Reintegro de los gastos médicos”.
- (8) En caso de pagos de gastos de medicamentos en farmacias no pertenecientes al hospital: en algunos casos, este pago encuadra en los gastos de tratamiento médico de alto costo.
 - * Los cargos hospitalarios de las personas que hubieran cambiado sus planes de seguro de salud, calcularán por separado, de acuerdo a sus respectivos seguros de salud.

Modo de solicitud

申請の方法

Normalmente, enviamos un formulario de solicitud y una notificación de devolución de los altos costos de atención médica durante el último tercio a los dos meses del mes aplicable para recibir un reembolso (por ejemplo, si el mes aplicable es abril, se le enviará el formulario de solicitud y la notificación en el mes de junio). Rellene la hoja de solicitud y envíe a la sección de seguro y pensión de la municipalidad.

- * Si usted no recibe el formulario de solicitud y la notificación dentro de tres meses a partir del mes de la fecha aplicable, por favor, póngase en contacto con la Sección de Seguros y Pensiones de la División de Seguro Nacional de Seguro de la Municipalidad de su distrito.
- * Debido a que se ofrece el reembolso de los altos costos de atención médica en base del informe detallado enviado desde la institución médica a la Oficina Nacional del Seguro de Salud de Yokohama, si la institución médica tarda en el envío del informe detallado, el formulario de solicitud y la notificación también tardarán en llegar, por lo que haga el favor de entender nuestra situación.
- * Preste atención al solicitar el reintegro, ya que después de transcurridos los 2 años a partir del día 1º del siguiente mes al mes del tratamiento (en el caso de que el pago a la institución hospitalaria se efectúe al mes siguiente del tratamiento, día siguiente del pago), el período de reintegro caducará.

La manera establecer de antemano el techo máximo del valor de autopago

あらかじめ自己負担額までの支払いにする方法

Mediante una solicitud en el Sector de Seguros de la Sección de Seguros y Pensiones del municipio en que reside, es posible obtener un “Certificado de Aplicación del Valor Límite del Seguro Nacional de Salud”. Al presentarlo en la institución médica junto con su Tarjeta de seguro, el pago a la institución equivaldrá al pago máximo.

El Certificado de Aplicación del Valor Límite del Seguro Nacional de Salud puede no distribuirse en caso de que el pago de la prima del seguro de salud se encuentre en mora.

Reducción, exención o prórroga del pago de la parte correspondiente al asegurado

一部負担金の減免及び徴収猶予

Cuando por motivos tales como un desastre, enfermedad, desempleo, etc., si es difícil pagar el pago parcial de los gastos médicos, dependiendo de la situación, puede beneficiarse del sistema de la reducción, exención o aplazamiento del pago parcial.

Para beneficiarse de este sistema, es necesario presentar la solicitud junto con los documentos necesarios, tales como los papeles que certifican los ingresos y el certificado de damnificado por desastre. Consulte de antemano con el Sector de Seguro de la Sección de Seguros y Pensiones de la Municipalidad del distrito donde reside.

Tipo	Motivo	Sujeto
Hogares sujetos a la Ley de ayuda en desastres	En caso de ser damnificado/a por un desastre en una zona en la que aplique la Ley de ayuda en desastres (por ejemplo, en caso de que la vivienda donde reside resulte destruida parcial o totalmente, quemada parcial o totalmente, dañada por inundación de agua sobre el suelo, o bien la persona principal que mantenía a la familia haya fallecido, etc.)	Paciente interno y externo (*1)
Hogares damnificados	En caso de que la vivienda donde reside resulte destruida parcial o totalmente, quemada parcial o totalmente, dañada por terremotos, aguas y vientos, incendios y otros desastres similares (excepto los hogares sujetos a la Ley de ayuda en caso de desastre)	Paciente interno (*2)
Hogares afectados por reducción de ingresos	En caso de que los ingresos del hogar se hayan reducido por causa de enfermedad, accidente, pérdida de trabajo, pérdida de cosechas u otros motivos similares.	Paciente interno (*2, *3)
Hogares con personas enfermas	En caso de que el sustento de un hogar se encarezca debido a que por enfermedad o lesión necesite beneficiarse de tratamientos médicos.	Paciente interno (*2, *3)

*1 El período de exención es, como regla general, de 4 meses a partir de la fecha del desastre.

*2 El período de exención es, como regla general, de 3 meses a partir de la fecha del desastre.

*3 Como regla general es necesario realizar la solicitud antes de ir a la consulta médica en una institución médica.

Subsidio único por parto y puericultura

出産育児一時金

Pago de un subsidio único por parto y puericultura

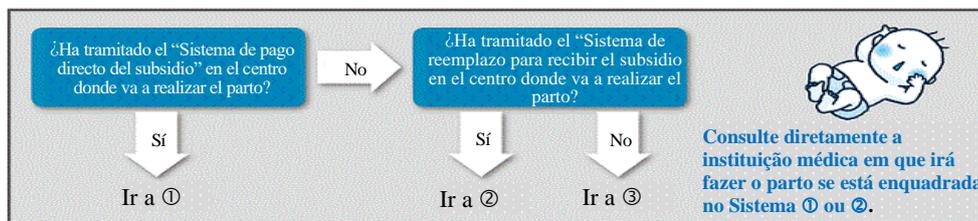
出産育児一時金の支給

Valor del subsidio: ¥420.000

Nota 1: Asimismo en el caso de niño mortinato o de aborto natural, si el período de embarazo hubiera sobrepasado las 12 semanas, se efectuará el pago. Para esto, presente un certificado médico que compruebe el hecho.

Nota 2: Quien haya dado a luz en un plazo de 6 meses después de haber renunciado al trabajo, seleccionará el seguro que suscribía hasta entonces o el Seguro Nacional de Salud, para recibir el Pago de un subsidio único por parto y puericultura. (No obstante, deben haber trabajado en la empresa durante 1 año o más.) Algunas pólizas del seguro de salud pueden pagar un importe mayor que la asignación del Seguro Nacional de Salud mediante sus propios beneficios añadidos. Si este fuera su caso, confirme la póliza de seguro de salud que poseía previamente. (Si el seguro de salud realiza el pago, no habrá asignación por parte del Seguro Nacional de Salud.)

Nota 3: Tengan cuidado, la fecha de solicitud de este beneficio vencerá transcurridos dos años desde el día del parto.



① Sistema de pago directo del subsidio único por parto y puericultura

Es un sistema en el que, mediante un contrato con la institución donde se da a luz, ésta se encarga de tramitar y recibir la solicitud del subsidio único por parto y puericultura, en lugar de tramitarlo el jefe de hogar, como se realizaba tradicionalmente. Como este subsidio único por parto y puericultura se entrega directamente a la institución médica, no resulta necesario pagarse en concepto de gastos de parto de los ¥420.000 (¥408.000 para quienes queden fuera del sistema de compensación para atención obstétrica.) al momento de recibir el alta.

Nota: Cuando el gasto por nacimiento sea menor que el importe del subsidio único por parto y puericultura (¥420.000) las madres podrán presentar una solicitud en la Sección de Seguros y Pensiones de la Municipalidad del distrito donde residen y recibir la diferencia del beneficio de los ¥420.000. En la solicitud será necesario presentar:

- Tarjeta de seguro
- Libreta materno infantil.
- Libreta bancaria o los datos de la cuenta bancaria
- Un documento emitido por una institución médica, que certifique los gastos de parto (Recibo y discriminación)
- Es necesario un acuerdo escrito hecho entre el paciente y la institución médica (en él tiene que indicar que “el paciente se va a beneficiar del sistema de pago directo”).

* En caso de transferencia bancaria a una cuenta que no sea de la cabeza de familia, se requiere un sello personal (a nombre de la cabeza de familia y con tinta roja).

② Sistema de reemplazo para recibir el subsidio único por parto y puericultura

Se trata de un sistema que permite a las mujeres embarazadas delegar el recibo del subsidio único por parto y puericultura a la institución médica, etc. Para eso es necesario rellenar un formulario de solicitud designado por el gobierno en una institución médica que implemente este sistema de delegación (existen ciertas condiciones para utilizar este sistema, y es necesario reportar al Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar), además de realizar la solicitud en la Sector de Seguro de la sección de seguro y pensión de la municipalidad en donde reside, dentro de los dos meses anteriores a la fecha prevista para el parto. Como esto implica que el asegurador entregue el subsidio único por parto y puericultura a la institución médica, no resulta necesario el pago en concepto de gastos de parto de los ¥420.000 (en caso de que no sea aplicable el sistema de obstetricia compensación, ¥ 408.000.) al momento del alta.

Nota: En caso de que los gastos de parto sean inferiores a la suma correspondiente al subsidio único por parto y puericultura (¥420.000), se entregará dicha diferencia a la interesada.

③ En caso de solicitar directamente al ayuntamiento (excepto casos ① y ②)

Acudan a la Sección de Seguros y Pensiones de la Municipalidad del distrito donde residen con los siguientes documentos.

- Tarjeta del seguro
 - Manual de Salud Materna e Infantil
 - Libreta bancaria o documento que certifique la cuenta bancaria
 - Documentos que certifique los gastos de parto emitidos por instituciones médicas (factura o especificación de pago)
 - Documento de acuerdo con institución médica (en donde se lea “no utilizar el sistema de pago directo”)
 - Formulario de consentimiento (si el bebé nació en el extranjero)
- * En caso de transferencia bancaria a una cuenta que no sea de la cabeza de familia, se requiere un sello personal (a nombre de la cabeza de familia y con tinta roja).
- * En caso de parto en el extranjero, por favor entregue certificado de nacimiento original y traducido, además del pasaporte (original) de la madre.
- * En caso de mortinato o aborto, por favor, entregue el certificado médico.
- * En caso de que el parto ocurriera en el extranjero, puede que se ponga en contacto con la institución médica local para confirmar el contenido declarado en el formulario de la solicitud, en este caso se le ruega a la persona que dio a luz rellenar el formulario de consentimiento.

- Aviso acerca del sistema de compensación para atención obstétrica -

Es un sistema de compensación para recién nacidos que sufran de parálisis cerebral en partos de embarazos superiores a las 22 semanas, al que se afilian los hospitales, clínicas y maternidades, con el fin de que todas las embarazadas puedan dar a luz con tranquilidad.

Verifique los nombres de las instituciones médicas afiliadas, publicados en la página web del sistema de compensación para atención obstétrica.

Los gastos funerarios

葬祭費

Pago de los gastos funerarios

葬祭費の支給

Valor del subsidio: ¥50.000

En caso de fallecimiento del asegurado, el Seguro Nacional de Salud pagará un subsidio por los gastos del funeral a la persona que se hubiera hecho cargo de tales gastos.

Documentos necesarios

- Documentos para verificar la identidad del solicitante
 - Recibo de la agencia funeraria, etc. (documento que demuestre la realización del funeral)
 - Libreta bancaria o número de la cuenta bancaria
 - * En caso de transferencia bancaria a una cuenta distinta de la del solicitante, se requiere un sello personal (a nombre de la cabeza de familia y con tinta roja).
 - * En caso de guardar la tarjeta del seguro de la persona fallecida, por favor tráigala a la hora de realizar la solicitud.
 - * Preste atención, ya que este subsidio caduca a los 2 años posteriores al funeral, no siendo posible hacer la solicitud después de esta fecha.
 - * En caso de que corresponda a una opción entre las siguientes 1, 2 o 3, se aplicará el seguro de salud que contrataba anteriormente o el Seguro Nacional de Salud y se le pagará a usted los gastos de entierro o funeral. Dependiendo del plan de su seguro de salud, se le proporcionará una cantidad superior al Seguro Nacional de Salud ya que emplea sus propios beneficios adicionales. Para conocer más detalladamente, por favor pregunte a la compañía de seguros de salud que contrataba anteriormente (en caso de pagar los gastos de entierro por el seguro de salud, el Seguro Nacional de Salud no cubrirá los gastos funerarios).
 - Cuando la póliza de seguro de salud de la que era beneficiario anteriormente pague el costo.
1. Cuando el fallecido hubiera contratado un seguro de salud como asegurado en los 3 meses previos a su fallecimiento.
 2. Cuando el fallecido haya recibido asignación continua por discapacidad de la póliza de seguro de salud de la que era beneficiario en el momento de su fallecimiento o los 3 meses previos al mismo.
 3. Cuando el fallecido haya recibido subsidio continuo por parto y puericultura del seguro de salud del que era beneficiario en el momento de su fallecimiento o los 3 meses previos al mismo.

Subsidio para la crianza de niños con discapacidades

障害児育児手当金

Alcance de la ayuda a la crianza de niño con discapacidades

障害児育児手当金の支給

De acuerdo con el Seguro Nacional de Salud de la ciudad de Yokohama, en el caso de que un niño manifieste una discapacidad o anomalía congénita hasta los 2 años de edad, se le proporcionará un beneficio de asistencia para niño discapacitado, según el grado de esa discapacidad. Sin embargo, la solicitud solo podrá ser efectuada hasta 2 años después de la manifestación de la anomalía y será necesario que el niño sea inscripto continuamente desde su nacimiento hasta que la solicitud de subsidio sea aceptada en el Seguro Nacional de Salud de la ciudad de Yokohama.

- * Preste atención, pues pasados los 2 años desde la manifestación de la deficiencia ya no será posible solicitar la ayuda.
- Valor del subsidio:** ¥100.000 a ¥800.000, de acuerdo al grado de la deficiencia.

Documentos necesarios.

- Certificado médico
- Tarjeta del Seguro
- Libreta de salud materno-infantil
- Libreta bancaria o número de la cuenta bancaria
- * En caso de transferencia bancaria a una cuenta que no sea de la cabeza de familia, se requiere un sello personal (a nombre de la cabeza de familia y con tinta roja).

Subsidio por lesiones y enfermedades (infección por coronavirus (COVID-19))

傷病手当金（新型コロナウイルス感染症）

Este subsidio se aplicará en caso de que por la infección del coronavirus (COVID-19), o por la sospecha de infección debido a síntomas como fiebre, etc., se ausente del trabajo y no pueda recibir un sueldo suficiente, etc., (Período: a partir del 1 de enero del año 1 de la era Reiwa (2019) hasta el final del periodo (sin determinar)).

Persona que se beneficia

対象者

Tiene que cumplir con las cuatro condiciones siguientes

- (1) Ser abonado/a del sistema de Seguro Nacional de Salud de la Ciudad de Yokohama, la ciudad donde recibe el sueldo.
- (2) Ser infectado/a de coronavirus (COVID-19), o tener la sospecha de infección debido a los síntomas como fiebre, etc., y al recibir tratamiento médico no puede presentarse en el trabajo.
- (3) De haberse ausentado el trabajo durante tres días consecutivos, además de haberse ausentado otros días más a partir del cuarto día.
- (4) No puede recibir el pago del sueldo, etc., o ha recibido el pago, pero con reducción parcial.

Periodo de pago de la subvención

支給対象期間

Los días en los que se esperaba que el empleado trabajara, sin embargo, ha sido imposible hacerlo desde el tercer día contando desde el día en que el solicitante se vio incapacitado para ir a trabajar (la duración máxima es de 1 año y 6 meses).

*Téngase en cuenta que el plazo de inscripción es de dos años a partir de la fecha de ausencia, y transcurrido ese período ya no se podrá solicitar.

El valor del subsidio suministrado

支給額

(Total de ingresos salariales de los últimos 3 meses consecutivos ÷ días trabajados) × 2/3 × número de días

(Nota 1) No obstante, el valor del subsidio suministrado puede verse disminuido o puede no ser pagado si el salario del empleado es pagado con una reducción parcial, o bien es posible beneficiarse de alguna compensación por absentismo en el trabajo.

(Nota 2) Hay un límite máximo en el valor de pago del subsidio.

Dónde dirigir la solicitud

申請先

Dirija su solicitud al Sector de Seguro de la Sección de Seguros y Pensiones de la Municipalidad del distrito donde reside. (Por favor, contacte de antemano con el Sector de Seguro de la Sección de Seguros y Pensiones de la Municipalidad del distrito, para ofrecerle más información sobre el procedimiento.)

Casos en que no es posible acceder a un tratamiento médico a través del Seguro Nacional de Salud

国民健康保険で診療を受けられない場合

Casos en que no es posible acceder a un tratamiento médico a través del Seguro Nacional de Salud

国民健康保険で診療を受けられない場合

En los casos siguientes, aún con la tarjeta de Seguro, el asegurado no podrá acceder a un tratamiento médico, o se encontrará sujeto a ciertas restricciones.

Tipos de tratamientos (excluidos de la cobertura del seguro)

- ① Consultas no contempladas por el seguro, diferencia de precio según el tipo de cama, etc. (En el caso de tratamiento odontológico, existen materiales, etc. que no son cubiertos por el seguro.)
- ② Exámenes médicos
- ③ Vacunas
- ④ Cirugía plástica para fines estéticos
- ⑤ Tratamiento de ortodoncia
- ⑥ Parto normal

Casos sujetos a restricciones

En caso de que la solicitud surja de casos de malas conductas tales como peleas, borracheras, etc., puede limitarse una parte de la subvención, o incluso su totalidad.

Enfermedades o lesiones a consecuencia del trabajo

Se aplicará el seguro contra accidentes de trabajo o el tratamiento deberá ser pagado por el empleador, de acuerdo con la Ley de Normas Laborales.

Al involucrarse en accidentes de tránsito, etc.

交通事故などにあつたときは

Al involucrarse en un accidente de tránsito, etc.

交通事故などにあつたときは

Es posible acceder a un tratamiento médico a través del Seguro Nacional de Salud en el caso de que el asegurado sufra lesiones causadas por terceros (infractor), debido a accidentes de tránsito o de agresión. Sin embargo, si la persona que provocó el accidente ya ha recibido el importe total de los gastos del tratamiento, no podrá utilizar el seguro nacional de salud.

Asegúrese de presentar la notificación.

En caso de que el asegurado reciba tratamiento médico a través del Seguro Nacional de Salud, presente la “declaración de lesión causada por terceros” en el Sector de Seguros de la Sección de Seguros y Pensiones de la Municipalidad del distrito donde reside.

Como será necesario de presentar también la denuncia escrita de accidente de tránsito expedido por la policía, será necesario consultar, lo más pronto posible al Sector de Seguro de la Sección de Seguros y Pensiones de la Municipalidad del distrito donde reside.

Los gastos médicos serán abonados por el infractor.

Cuando exista una lesión causada por un tercero, como en el caso de un accidente de tránsito, la persona que provocó las lesiones será responsable por los gastos médicos en la medida de su negligencia.

Por lo tanto, en el caso de recibir un tratamiento médico cubierto por el seguro, los gastos médicos incurridos por el Seguro Nacional de Salud de Yokohama serán reclamados al autor de la agresión a parte proporcional dependiendo de su porcentaje de culpa.

Antes de realizar un acuerdo

Cuando realice un acuerdo extrajudicial con la persona que provocó las lesiones, por norma general, los gastos del tratamiento después de la fecha del acuerdo no se podrán exigir a la persona que provocó las lesiones. Le recomendamos dar la mayor importancia a este acuerdo.

Antes de realizar un acuerdo, entre en contacto con el Sector de Seguro. Asimismo, luego de efectuar el acuerdo, presente inmediatamente la copia del mismo al Sector de Seguro de la Sección de Seguros y Pensiones de la Municipalidad del distrito donde reside.

* En caso de que el asegurado se lesionara debido a su propia culpa o durante el trabajo, presente la “declaración referente a lesiones debido a su propia culpa o lesiones de trabajo, etc.”

Personas de 70 o más años de edad

70 歳以上の方

Aquellas personas de 70 o más años de edad que posean seguro nacional de salud pueden recibir tratamiento médico por un monto de dinero del que deberán hacerse cargo, distinto del monto que corresponde a las personas menores de 70 años, hasta que alcancen los 75 años de edad y se inscriban en el sistema de atención médica para ancianos de edad avanzada.

Parte correspondiente a las personas de 70 años de edad o más

70 歳以上の方の負担割合

Persona que pertenece a una familia común, de bajo ingreso I o de bajo ingreso II 20%
Persona que pertenece a una familia con ingreso similar al de un trabajador en servicio activo 30%

* **Bajo ingreso I:** Los hogares en los que el jefe de familia y el o los miembros del SNS estén exentos del impuesto de ciudadano del año fiscal en curso (o del año anterior, si el período fuera entre abril y julio) y ningún miembro de la familia tuvo ingresos el año anterior (o el año previo, si el período fuera entre abril y julio).

* **Bajo ingreso II:** Los hogares en los que el jefe de familia y el o los miembros del SNS estén exentos del impuesto municipal del año fiscal en curso (o el anterior, si el período fuera entre abril y julio).

* **Familia con ingreso similar al de un trabajador en servicio activo:** Los hogares en los que, por lo menos, uno de los miembros del SNS de 70 años o más (en adelante, ancianos) posea un ingreso equivalente o superior a un monto específico (ingreso imponible estándar sujeto al impuesto municipal, después de realizadas todas las deducciones del año fiscal en curso (o el año anterior, si el período fuera de abril a julio) superior a ¥1.450.000). Sin embargo, si la suma total de los ingresos brutos estándar de todas las personas mayores del hogar es igual o inferior a ¥2.100.000, se determinará como 20%. Y aun cuando exceda de estar normas, dichos ancianos hubieran presentado una solicitud indicando que una persona posee un ingreso total de ¥3.830.000, o dos o más personas poseen un ingreso total inferior a ¥5.200.000, serán clasificados a la categoría de 20%.

Nota) La anterior categorización de hogares por nivel de ingreso se basa en la edad, pertenencia al SNS y composición de la familia al 1° día de cada mes.

Emisión de la Tarjeta certificado de persona asegurada y receptor de subvención de avanzada edad

被保険者証兼高齢受給者証の交付

Para las personas que estén inscritas en el sistema del Seguro Nacional de Salud de la ciudad de Yokohama, se les enviará una “Tarjeta certificado de persona asegurada y receptor de subvención de avanzada edad” al final del mes de su 70° cumpleaños (o al final del mes anterior a su cumpleaños en caso de haber nacido en enero).

Pago del tratamiento médico

療養の給付

Las personas de 70 años o más podrán recibir tratamiento médico, al presentar su “Tarjeta certificado de persona asegurada y receptor de subvención de avanzada edad” en la ventanilla de una institución médica, y sólo tendrá que pagar el 20% o el 30% de los gastos médicos que correspondan. El pago máximo a la institución médica corresponderá a cada uno de los indicados a continuación.

Sin embargo, quienes correspondan a Bajos ingresos I y II y a Ingresos similares a un trabajador activo I y a Ingresos similares a un trabajador activo II deberán presentar una solicitud previa.

Se debe pagar los gastos de las comidas efectuadas en el hospital como gastos de comidas durante la internación, y los gastos originados por los cuidados recibidos y estadía en el hospital, como gastos referentes a estadía y comidas.

Clasificación ingresos	Pago máximo para paciente externo (por individuo)	Pago máximo para paciente interno o familia (por familia)
Ingresos similares a un trabajador activo III	¥252.600 + (Costo del tratamiento - ¥842.000) × 1% (Monto máximo a partir de la 4ª vez al año: ¥ 140.100)	
Ingresos similares a un trabajador activo II	¥167.400 + (Costo del tratamiento - ¥558.000) × 1% (Monto máximo a partir de la 4ª vez al año: ¥ 93.000)	
Ingresos similares a un trabajador activo I	¥80.100 + (Costo del tratamiento - ¥267.000) × 1% (Monto máximo a partir de la 4ª vez al año: ¥ 44.400)	
General	¥18.000	¥57.600 (Monto máximo a partir de la 4ª vez al año: ¥ 44.400)
Bajos ingresos II	¥8.000	¥24.600
Bajos ingresos I	¥8.000	¥15.000

* En cuanto al pago de gastos médicos de los nuevos pacientes externos de 70 años o más (personas de ingresos generales y personas de bajos ingresos), cuando el pago personal del tratamiento médico correspondiente a 1 año (desde agosto hasta julio del siguiente año) exceda la cantidad límite máxima anual (¥144.000), el exceso será pagado del Seguro de Salud como “reintegro de gastos de tratamiento médico de alto coste”. Sobre la forma de pago, se le notificará por separado a la persona pertinente.

Los requisitos de ingresos de cada clasificación son como se muestra a continuación.

Clasificación de ingresos	Requisitos de ingresos
Ingresos similares a un trabajador activo III	Dentro de las personas que tengan 70 años de edad o más y pertenezcan a un hogar donde uno/a de los miembros del hogar con mayor ingreso de todos los demás cobre el sueldo estándar sujeto al impuesto de residencia superior a ¥6.900.000 (de abril a julio se determina en base al ingreso estándar del año anterior; de agosto a marzo del año siguiente se determina en base al impuesto de residencia del año fiscal en cuestión).
Ingresos similares a un trabajador activo II	Dentro de las personas que tengan 70 años de edad o más y pertenezcan a un hogar donde uno/a de los miembros del hogar con mayor ingreso de todos los demás cobre el sueldo estándar sujeto al impuesto de residencia superior a ¥3.800.000 e inferior a ¥6.900.000 (de abril a julio se determina en base al ingreso estándar del año anterior; de agosto a marzo del año siguiente se determina en base al impuesto de residencia del año fiscal en cuestión).
Ingresos similares a un trabajador activo I	Dentro de las personas que tengan 70 años de edad o más y pertenezcan a un hogar donde uno/a de los miembros del hogar con mayor ingreso de todos los demás cobre el sueldo estándar sujeto al impuesto de residencia superior a ¥1.450.000 e inferior a ¥3.800.000 (de abril a julio se determina en base al ingreso estándar del año anterior; de agosto a marzo del año siguiente se determina en base al impuesto de residencia del año fiscal en cuestión).
General	Entre las personas con ingresos similares a un trabajador activo, aquellas que pertenecen a la familia cuya solicitud, página 15, fue reconocida Entre “General, Bajos ingresos II, Bajos ingresos I” de página 15, las personas que no pertenecen a “Bajos ingresos II, Bajos ingresos I” siguientes.
Bajos ingresos II	Personas que pertenecen a la familia cuyo jefe de familia y todos los inscritos en el seguro nacional de salud son objeto de la exención del impuesto de ciudadano.
Bajos ingresos I	Personas que pertenecen a la familia cuyo jefe de familia y todos los inscritos en el seguro nacional de salud son objeto de exención del impuesto de ciudadano, incluso cuando por cada clasificación de ingresos, cada ingreso resulte 0 al reducir el valor de los gastos necesarios / deducción (*)

* El valor de exención de la pensión pública se calcula como ¥800.000

* El pago máximo se calcula para cada institución médica, por un mes y por separado entre consulta ambulatoria y hospitalización. No se incluyen los costos no cubiertos por el seguro, tales como gastos estándares de alimentación durante la internación, el monto de la diferencia de cama, etc.

* Se considerará elegibles como gastos médicos de alto costo en caso de que dos o más ancianos de una misma familia se hospitalicen en un mismo mes, o en caso de que el pago total de una consulta ambulatoria exceda un monto determinado.

Vea “Valor a pagar por los gastos de tratamiento médico de valor excesivo (alto costo)”, en la página. 8.

Tarifa media de la dieta durante la hospitalización

入院時食事療養費標準負担額

En cuanto al coste de las comidas durante la hospitalización, el asegurado se tiene que hacer cargo del coste estándar correspondientes a conceptos tales como “Tarifa media de la dieta durante la hospitalización (por cada comida, hasta 3 veces al día)” y el resto de los gastos serán cubiertos por el Seguro Nacional de Salud.

Así mismo, el costo del pago estándar no se encuadra en los gastos de tratamientos médicos de alto costo.

Tarifa media de la dieta durante la hospitalización			
Clasificación			Valor a pagar por comida
Aquél que tiene un ingreso similar al de un trabajador en servicio activo y aquél con ingreso común			¥460
Bajo ingreso II	Días de internación en los últimos 12 meses	Hasta 90 días	¥210
		91 días o más	¥160
Bajo ingreso I			¥100

* Las personas que pertenezcan a la categoría de bajos ingresos I-II, necesitan acudir de antemano a la ventanilla de institución médica e indicar el “Certificado de Aplicación del Valor Límite del Seguro Nacional de Salud y de Autorización de Reducción del Valor Básico de Pago”. Por favor, solicite en el Sector de Seguro de la Sección de Seguros y Pensiones de la Municipalidad del distrito donde reside.

Tarifa media de los servicios durante la hospitalización

入院時生活療養費標準負担額

Aquellas personas de 65 años de edad o más que ingresan al hospital convalecientes, deberán hacerse cargo de los gastos de alimentación (costes de alimentos y de su preparación) y los gastos de alojamiento (valor equivalente al coste de la luz, electricidad y agua) como valor de pago básico.

En cuanto a los pacientes con alta necesidad de hospitalización en el curso del tratamiento médico, ellos pagarán el coste de las comidas equivalentes al normal de la terapia dietética. Los gastos de alojamiento ascienden a 370 yenes. (*). Por favor, consulte con la institución médica sobre a cuál de ellos es aplicable su situación.

Así mismo, el coste estándar no se encuadra en los gastos de tratamiento médico de alto costo.

Tarifa media de los servicios durante la hospitalización para los pacientes internados de 70 años o más (comidas del hospital y servicios)		
Clasificación de ingresos	Gastos de comida (1 comida)	Gastos de estadía (1 día)
Aquél que tiene un ingreso similar al de un trabajador en servicio activo y aquél con ingreso común	¥460 [¥420] (*2)	¥370
Bajo ingreso II (*1)	¥210	
Bajo ingreso I (*1)	¥130	

*1 Para personas que se correspondan a ingreso bajo I y II, necesitan entregar a través de la ventanilla de centro médico, “el Certificado de Aplicación del Valor Límite del Seguro Nacional de Salud y de Autorización de Reducción del Valor Básico de Pago”. Por favor, solicítelo al Sector de Seguro de la Sección de Seguro de la Municipalidad del distrito en que reside.

*2 Varía dependiendo del centro médico. Pregunte al centro de tratamiento de salud, para saber el valor que corresponde pagar.

Reintegro de la diferencia del costo de pago estándar

標準負担額差額支給

En el caso de efectuar el pago normal de los gastos debido a la imposibilidad de presentar la Tarjeta de Reconocimiento de Reducción de Costo, se le reintegrará la diferencia mediante requerimiento.

*Por favor, tenga en cuenta que, al transcurrir dos años a partir de la fecha de pago a la institución médica, el plazo para la prescripción expirará y no podrá realizar una nueva solicitud.

Documentos necesarios para la solicitud

- Tarjeta del Seguro
- Recibos
- Libreta bancaria o número de la cuenta bancaria

* En caso de transferencia bancaria a una cuenta que no sea de la cabeza de familia, se requiere un sello personal (a nombre de la cabeza de familia y con tinta roja).

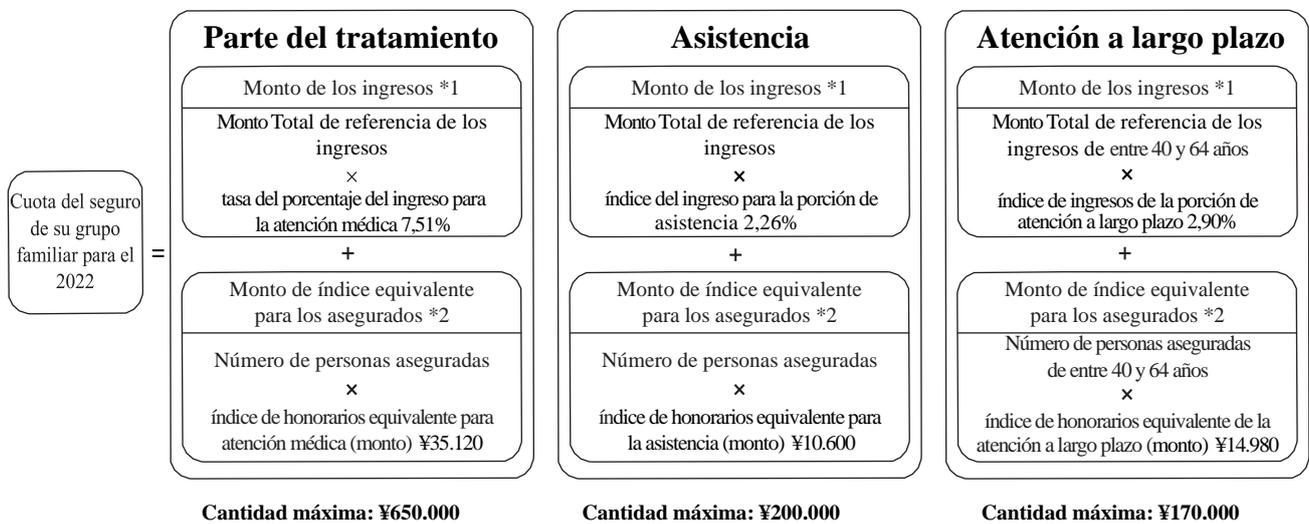
Cuota del seguro: Modo de cálculo de la cuota del seguro

保険料：保険料の計算

Modo de cálculo de la cuota del seguro

保険料の計算方法

La prima del seguro se calcula en base a los índices de porcentaje de ingreso para parte del tratamiento, asistencia y atención a largo plazo, y el monto del índice equivalente para las personas aseguradas.



*1 Calculado sobre la base del ingreso

*2 Calculado sobre la base del número de asegurados

*3 Los "Ingresos básicos totales" representan el valor exento de la "Deducción básica del impuesto municipal" desde los "Ingresos totales, etc." que se estipulan en el ítem 1, inciso 2 del Artículo 314 de la Ley Tributaria Local. Sin embargo, la deducción especial de la cantidad de ingresos de cesión relacionados a bienes raíces corresponderá al valor posterior a su aplicación, y se excluirán los ingresos de retiro. Además, no se arrastrarán las pérdidas misceláneas.

El valor de cada parcela de la cuota del seguro será:

Valor anual del seguro ÷ 10 parcelas = Valor de cada parcela

Por ejemplo, en el caso de que el valor anual del seguro sea de ¥150.000, el valor de cada parcela del seguro será de ¥15.000.

¥150.000 ÷ 10 parcelas = ¥15.000

Determinación y alteración de la cuota del seguro

保険料額の決定・変更

Determinación del monto de la cuota del seguro

保険料額の決定

En el mes de junio de cada año, se determinará el monto de la cuota del seguro correspondiente al período comprendido entre el mes de abril de ese año hasta el mes de marzo del año siguiente, en base al número de asegurados y al monto total de referencia de los ingresos de cada familia. El cálculo se realizará con la hipótesis de que el asegurado continuará inscrito en el Seguro Nacional de Salud hasta el mes de marzo del año siguiente.

La cuota del seguro se recalculará en el caso de modificación del número de asegurados, de los montos totales de referencia de los ingresos, etc., después de la determinación del monto de la cuota del seguro, o incluso en el caso de que todos los miembros de la familia dejen de estar asegurados en el Seguro Nacional de Salud.

El monto de la cuota del seguro se comunicará por medio del “Comunicado de la Determinación de la Cuota del Seguro Nacional de Salud” o del “Comunicado del Monto de la Cuota del Seguro Nacional de Salud”.

Para aquellos que cumplan 40 ó 75 años

Cuando algún miembro de su familia cumpla 40 años, la prima del seguro se recalculará ya que se le requerirá el pago del Seguro de Atención (*) además del tratamiento médico y la asignación por asistencia.

Asimismo, en caso de que alguien de su familia cumpla 75 años, la prima de su seguro se recalculará después, ya que su seguro nacional de salud se vencerá y pasará a pertenecer al sistema médico de ancianos de edad avanzada.

(*) Aquellos que se encuentren en el grupo etario de 40 a 65 años, pagarán los gastos de atención en el sistema de seguro de atención. El pago de atención comienza en el mes que cumple los 40 años (si cumple el 1er. día del mes, el mes anterior).

Modificación del monto de la cuota del seguro

保険料額の変更

Cuando se modifica el monto de la cuota del seguro, el monto de la cuota del seguro pagado no se modificará. El ajuste se efectuará sobre el monto a pagar en el futuro.

- 1 En el caso que, después de rehacerse los cálculos, haya un aumento en el valor de la cuota del seguro.
A partir del próximo periodo de pago, el importe de las primas se incrementará en cantidades iguales.
- 2 En el caso que, después de rehacerse los cálculos, haya una reducción en el valor de la cuota del seguro.
A partir del próximo periodo de pago, el importe de las primas se reducirá en cantidades iguales. En el caso que la reducción sea mayor que el monto ya pagado, se le devolverá la diferencia.
- 3 Cuando todos los miembros de la familia dejen de estar asegurados
El monto de la cuota del seguro se calculará sobre la base del número de meses durante los cuales el asegurado ha estado inscrito en el Seguro Nacional de Salud.

Forma de pago de la cuota del seguro

保険料の支払方法

En el caso de hacerse por débito automático

口座振替を利用するとき

Fechas del débito automático:

Mes correspondiente	Fecha del débito automático	Mes correspondiente	Fecha del débito automático
Junio	29/6/2022	Noviembre	29/11/2022
Julio	29/7/2022	Diciembre	29/12/2022
Agosto	29/8/2022	Enero	27/1/2023
Septiembre	29/9/2022	Febrero	28/2/2023
Octubre	28/10/2022	Marzo	29/3/2023

- * En caso de que el valor de la cuota del seguro haya sido aumentado el año anterior o antes de ese año, se podrá debitar ese valor a su cuenta de abril o de mayo.
- * En el caso de que el día de débito coincida con un día feriado de la institución financiera, etc., el débito se hará el día hábil anterior a dicha fecha.
- * En algunos casos, se requieren entre 1 y 2 meses desde que se efectúa la solicitud del débito automático de la cuenta bancaria hasta que realmente se inicia el débito en la cuenta.

Formulario de solicitud del débito automático

- Complete el formulario de solicitud del débito automático con los datos necesarios, como nombre, dirección, número de Tarjeta del Seguro, etc. Ponga el mismo sello personal que utilizó en la libreta bancaria y entregue el formulario a la institución financiera.
- Se puede obtener el formulario para débito automático en las ventanillas de las instituciones financieras y del Sector de Seguro de la Sección de Seguros y Pensiones de la Municipalidad del distrito.
- Algunas entidades financieras permiten realizar la solicitud con tarjeta de crédito en las ventanillas de las oficinas municipales.

En el caso de se utilizar el aviso de pago

納付書を利用するとき

Se le enviará el aviso de pago. Al recibirlo, sírvase abonar el valor indicado en una institución financiera o una tienda de conveniencia, etc.

Mes de expedición	Número de hojas de aviso enviadas	Vencimiento del aviso de pago enviado	
		Mes correspondiente	Vencimiento
Junio	1 hoja	Junio	30/6/2022
Julio	3 hojas	Julio	1/8/2022
		Agosto	31/8/2022
		Septiembre	30/9/2022
Octubre	3 hojas	Octubre	31/10/2022
		Noviembre	30/11/2022
		Diciembre	4/1/2023
Enero	3 hojas	Enero	31/1/2023
		Febrero	28/2/2023
		Marzo	31/3/2023

- * En el caso que el valor de la cuota de seguro haya sido aumentado el año anterior o antes de ese año, podrán enviarse los avisos de pago en abril (ref. al mes de abril) o en mayo (ref. al mes de mayo).
- * En el caso que la fecha de vencimiento coincida con un feriado de la institución financiera, etc. el vencimiento será **el siguiente día hábil**.
- * Para la familia cuyo valor del seguro haya sido alterado durante el año fiscal debido a la modificación del número de asegurados o del valor del valor de ingresos, se le enviará un aviso de pago después de dicho cambio. En este caso, abone conforme al aviso enviado después de la alteración, o sea, la fecha de emisión marcada más reciente.
- * El recibo es una comprobación de pago. Guárdelo con cuidado.

Sobre el formulario de aviso de pago con código de barras impreso

バーコードが印刷されている納付書について

- Se puede pagar en las tiendas de conveniencia, etc. No obstante, no se aceptan los formularios de pago cuyo valor sea superior a 300.000 yenes por hoja, o los que estén sucios o doblados, etc.
- Desde el 1 de abril de 2022, el pago puede realizarse con su smartphone. Es necesario registrarse a una de las siguientes aplicaciones de pago.

PayB / RAKUTEN BANK / LINE Pay / PayPay / au PAY / Bank Pay / J-Coin

◆ Gravamen especial (descuento automático de la pensión pública)

Este gravamen especial se trata de un sistema en que el pago correspondiente al seguro de salud nacional se descuenta automáticamente de la pensión pública que recibe el jefe de familia.

Los hogares que cumplen ciertos requisitos están sujetos a un gravamen especial impuesto a la pensión anual. En esta categoría se incluyen (1) el jefe de familia está suscrito en el seguro nacional de salud y se le está descontando la prima del seguro por enfermedad, (2) todos los asegurados dentro de una familia son mayores de 65 años pero menores de 74 años de edad.

Si desea, se puede cambiar el método a una transferencia bancaria. Para más detalles, póngase en contacto con la Sección de Seguros y Pensiones de la División de Seguro Nacional de la Municipalidad de su distrito.

Reducción o exención de la cuota del seguro

保険料の減額及び免除

Reducción de la parte equitativa para los hogares de bajos ingresos

低所得世帯の均等割額の減額

En el cálculo de la prima del seguro, a aquellas familias con ingresos por debajo del estándar establecido por ley se les reducirá en un 70%, 50% ó 20% el importe de la tasa equivalente a la parte del asegurado por atención médica, asistencia y la atención a largo plazo, respectivamente.

La determinación de la calificación de la persona para la reducción de la tasa equivalente de la parte del asegurado se basará en el ingreso del jefe de familia (independientemente si dicha persona se encuentra inscrita en el programa nacional de seguro de salud o no) y del número de personas aseguradas de la familia (incluyendo las personas especificadas que pertenezcan a dicha familia*1). Por lo tanto, no se reducirá el monto de aquellas familias con integrantes cuyo ingreso no se haya especificado.

En consecuencia, aquellas personas sin ingresos durante el año 2021, las discapacitadas y aquellas con ingresos no imponibles que reciban alguna anualidad por muerte del beneficiario, una pensión o una pensión asistencial o de vejez, puede que tengan que presentar la «Declaración de impuestos municipales o de la prefectura» o la «Declaración de ingresos para el seguro nacional de salud».

Ingreso patrón (Suma del total de los ingresos durante el año 2021)	Reducción de la parte equitativa
¥430.000 + ¥100.000 × (el número de personas que ganan sueldo (*2) - 1) o inferior	Reducción del 70%
¥430.000 + (¥285.000 × el número de personas aseguradas (*3) + ¥100.000 × (el número de personas que ganan sueldo (*2) - 1) o inferior	Reducción del 50%
¥430.000 + (¥520.000 × el número de personas aseguradas (*3) + ¥100.000 × (el número de personas que ganan sueldo (*2) - 1) o inferior	Reducción del 20%

(*1) Personas especificadas que pertenecen a una dicha familia:

Quien haya cambiado el Seguro Nacional de Salud por el seguro de tratamiento médico para ancianos de edad avanzada, que siga habitando en la misma vivienda después de inscribirse al mismo. Sin embargo, cuando cambie el jefe de la familia o deje de ser miembro de la familia, dejará de ser la persona especificada que pertenece a una dicha familia.

(*2) Se trata de las personas que reciban cierta cantidad de sueldo (el total de los ingresos como sueldo, etc., sea más de ¥550.000) y de las personas que reciban una pensión pública (el total del ingreso como pensión pública, etc., sea más de 600.000 yenes (64 años o menor) o más de ¥1.250.000 (65 años o mayor)), siendo la cabeza de familia (independientemente de si está afiliado o no al Seguro Nacional de Salud), persona asegurada que pertenece al hogar o persona especificada que pertenece al mismo grupo familiar. Tenga en cuenta que los textos en negrita dentro de la tabla sólo se calculan en caso que el número de personas que ganan sueldos sean 2 o más.

(*3) El número total de todas las personas aseguradas en el hogar y de las personas especificadas que pertenecen al mismo grupo familiar.

Reducción del importe de tasa per cápita para los niños en edad preescolar (a partir de 2022)

未就学児の被保険者均等割額の減額 (令和4年度から)

El importe de la tasa per cápita para los niños en edad preescolar asegurados por el seguro nacional de salud se reduce en un 50%. Además, para los hogares que corresponden al caso de la reducción de la parte equitativa para los hogares de bajos ingresos arriba explicada, la tasa del importe per cápita después de la reducción se reduce aún más de un 50%, la tasa para los niños en edad preescolar se reducirá en un 85% para los hogares con una reducción del 70%, en un 75% para los hogares con una reducción del 50% y en un 60% para los hogares con una reducción del 20% (se aplica a partir de las primas de 2022).

Reducción de la cuota basada en los ingresos para la cabeza de familia asegurada con hijos (a partir de 2022)

子どもがいる世帯の被保険者である世帯主に係る所得割額の減額 (令和4年度から)

Para los hogares con niños asegurados menores de 19 años, se aplicará una reducción de la prima del seguro nacional de salud para la cabeza de familia asegurado.

[Personas que se beneficia]

Cabezas de familia que estén inscritas en el seguro nacional de salud en la fecha de recaudación (*1), y que estén manteniendo dentro del mismo hogar a niños asegurados (*2) menor de 19 años con unos ingresos iguales o inferiores a 480.000 yenes.

*1 El 1 de abril del año correspondiente. No obstante, si el asegurado adquiere la condición de asegurado del seguro nacional de salud el 2 de abril del año en cuestión o después, será la misma fecha de la adquisición de dicha condición.

*2 Asegurados que cumplan con todas las siguientes condiciones

(1) Menores de 19 años a finales de diciembre del año anterior del año en cuestión.

(2) Los ingresos totales del año anterior del año en cuestión sean 480.000 yenes o inferiores.

[Detalles de la reducción]

Los siguientes importes serán reducidos de los ingresos brutos estándar de la cabeza de familia para calcular la cuota basada en los ingresos. Tenga en cuenta que el importe máximo que se puede deducir se limita a la renta bruta estándar de la cabeza de la familia. Así mismo, si el importe de la prima anual de la familia sigue alcanzando al límite superior incluso después de haber deducido la cuota basada en los ingresos, la prima del seguro será el importe máximo.

1. 330.000 yenes por persona asegurada menor de 16 años.

2. 120.000 yenes por persona asegurada entre 16 y 19 años.

*Si los ingresos brutos estándar son de 0 yenes, no se aplica la reducción.

Reducción de la cuota del seguro para las familias donde hay menores (hasta el año fiscal 2021)

子どもがいる世帯の保険料減免 (令和3年度まで)

Sobre la prima de seguro hasta el año fiscal 2021, para los hogares con personas aseguradas menores de 19 años de edad, se implementará la reducción y exención de las primas de seguro nacional de salud. *Hay algunos hogares que no pueden acceder a esta prestación aunque en ellos vivan personas aseguradas menores de 19 años de edad.

Reducción o exención de la cuota del seguro

申請による減額または免除

Existe la posibilidad de obtener la reducción o exención del seguro cuando el pago fuera dificultoso debido a circunstancias imprevisibles, tales como catástrofes, etc. Se mencionan algunos ejemplos en la tabla abajo, no obstante, para mayores detalles, contáctese con el Sector de Seguro de la Sección de Seguros y Pensiones de la Municipalidad que corresponda.

Tipo de situación	Norma	Reducción/Exención
Siniestro	Caso de daños sufridos en un 20% o más del patrimonio, tales como casa, oficinas, etc., causados por catástrofes naturales, incendios, terremotos, etc.	Exención de 4 ó 6 meses, según el grado del daño.
Bajos ingresos	En caso de que el total de los ingresos previstos para el año en curso se encuadre en la norma de reducción de la tasa por ley (tabla anterior).	Reducción del valor correspondiente a la parcela de ingresos según el porcentaje de reducción de ingresos, para otorgar 70%, 50% o 20% de exención del monto del índice equivalente.
Reducción de los ingresos	Caso en que los ingresos se reduzcan drásticamente por pérdida de empleo, mal estado de los negocios, etc.	Reducción del valor correspondiente a la parcela de ingresos, dependiendo del ingreso y de la tasa de reducción de los ingresos.
Limitación de los ingresos	En el caso de que exista algún período durante el cual la persona no haya tenido ingresos debido a motivos tales como, por ejemplo, encontrarse en prisión.	Se eximirá durante el período en el que no haya tenido ingresos (mes en el que no haya ingresos desde el 1° hasta el último día del mes).

Si los dependientes ingresan al seguro nacional de salud debido a que los beneficiarios del Seguro Social u otro pasan a pertenecer al sistema médico para ancianos de edad avanzada, quienes queden sin trabajo por despido o quiebra de la empresa y que para el Seguro de Empleo sean “personas con derechos especiales para recibir una pensión” o “exonerados por motivos especiales” podrán recibir una reducción de la prima del seguro. Consulte con un encargado en la Sección de Seguro y Pensión de su municipalidad.

Falta de pago de la cuota del seguro

保険料の滞納

En el caso de que no se haya pagado la cuota del seguro

保険料を滞納すると

Carta de demanda, notificación previa a la ejecución hipotecaria

Las cuotas de seguro sanitario tienen sus fechas límites establecidas por los reglamentos, y en caso de no ser pagado hasta la fecha límite, según lo que dicten estos reglamentos se emite la carta de demanda. Aparte de eso, puede ser enviada la carta de notificación (notificación previa a la ejecución hipotecaria).

*Personas que no haya pagado la cuota, puede que reciban llamadas preguntando sobre la ejecución del pago.

Cargo por morosidad

Encaso de no pagar hasta la fecha asignada por la carta de demanda, deberá pagar cargo por morosidad.

*Cálculo de cargo por morosidad

El cálculo de cargo por morosidad es la multiplicación del número de días desde al día siguiente de la fecha asignada por la carta de demanda hasta el día de pago y la tasa establecida por los reglamentos (inciso 2 del artículo 20 de la Ley de Seguro Médico Nacional de la Ciudad de Yokohama).

Deuda fiscal (embargo de bienes)

En caso de demorar en el pago de cuotas de seguro, se ejecutará la fiscalización de bienes (artículo 141 de la Ley Nacional de Recaudación de Impuestos).

Como el resultado de la investigación, en caso de encontrarse bienes como inmuebles, ahorros, sueldos, seguro de la vida, etc., que pueda compensar el pago de la cuota de seguro, puede ejecutarse el embargo sin previo aviso (artículo 47 de la Ley Nacional de Recaudación de Impuestos).

Falta de pago de la cuota del seguro de aquellas personas que tienen permiso de residencia.

Tenga en cuenta que el permiso de residencia puede no ser renovado si no se pagan las cuotas de seguro.

Pruebas médicas específicas / Asesoramiento en salud específico

特定健康診査・特定保健指導

Corresponde a aquellas personas de entre 40 y 74 años de edad a las que se les han realizado exámenes médicos específicos para prevenir enfermedades de inicio en la edad adulta, enfocadas a síndromes metabólicos, y que, como consecuencia de dichos exámenes, han recibido asesoramiento en salud específico. Esto permitirá el manejo de la salud de por vida. El seguro nacional de salud de la ciudad de Yokohama ofrece chequeos específicos sin coste alguno.

¿Qué es el síndrome metabólico?

- メタボリックシンドロームとは？

La acumulación de grasa en las vísceras son condiciones que predisponen a padecer las enfermedades conocidas como enfermedades de aparición en la edad adulta. El síndrome metabólico se define como una combinación de factores de riesgo para la salud (nivel alto de glucosa en la sangre, dislipidemia, hipertensión), además de la acumulación de grasa en las vísceras. Se advierte que conforme avanza el síndrome metabólico con un aumento en la cantidad de estos factores de riesgo, mayor y más rápidamente aumentarán el riesgo de padecer enfermedades graves con riesgo de vida.

Contenido de los exámenes médicos específicos

- 特定健康診査の実施内容

Los exámenes médicos específicos comprueban el grado de acumulación de alteración en los lípidos y los factores que representan un riesgo para el desarrollo de enfermedades de inicio en la edad adulta. A tal fin, se están llevando a cabo los siguientes análisis.

- Análisis a los que se someten todos los requirentes (Análisis básicos y agregados por el seguro nacional de la ciudad de Yokohama)

	Objetivo de los análisis	Tipo de análisis
Preguntas en la examinación	Para conocer el estado del tratamiento y los hábitos diarios relacionados con la enfermedad de estilo de vida	Interrogatorio (consumo de fármacos, hábitos como fumador, hábitos alimenticios, deportes, sueño, y otros de la vida diaria.)
	Examinar los síntomas de carácter subjetivo y otros de carácter objetivo.	Examen físico
Asuntos de la examinación	Si tiene obesidad de grasa visceral	Altura, peso, medición de la parte abdominal IMC (Índice de masa corporal) (peso en Kg ÷ altura en m ÷ altura en m)
	Si tiene hipertensión arterial.	Examen de hipertensión arterial
	Si hay anomalías en los lípidos.	Análisis de sangre (triglicéridos, colesterol HDL, Colesterol LDL)
	Si es diabético	Análisis de sangre (glicemia en ayunas, hemoglobina A1c) Examen de orina (orina)
	Si el estado de las funciones renales se encuentra bien.	Examen de orina (proteinuria) Análisis de sangre (*creatinina, *ácido úrico)
	Si el estado de las funciones hepáticas se encuentra bien.	Análisis de sangre (GOT, GPT, γ -GTP)
	Si hay anomalías en la vejiga y/o en el sistema urinario.	Examen de orina (* sangre de orina)

* Los análisis con asteriscos, son agregados por el seguro nacional de la ciudad de Yokohama.

- En caso que el médico considere necesario, se llevarán a cabo los siguientes análisis conforme a los estándares nacionales. (Especificaciones de los análisis)

Objetivos de los análisis	Tipo de análisis
Si padece de anemia	Análisis de sangre (Cantidad de eritrocito, hemoglobina, hematocrito)
Si las funciones del corazón se encuentran bien	Electrocardiograma
Si se encuentran bien los vasos sanguíneos y no sufre de arteriosclerosis.	Examen oftalmoscópico

[Especificaciones de los análisis llevados a cabo según los estándares nacionales]

1. Estándar llevados a cabo para el análisis de anemia.
Se realizará el análisis de anemia en los casos de personas con antecedentes y asimismo a todas aquellas en las que el médico considere la existencia de una sospecha.
2. Condición para la realización de electrocardiograma
Se realiza electrocardiograma, cuando en el resultado de un examen médico específico del presente año, se diagnostique la presión arterial sistólica superior a 140mmHg o la presión diastólica superior a 90mmHg, o bien cuando se diagnostique sospecha de arritmia en la prueba de síntomas subjetivos/objetivos.
3. Condición para la realización de examen oftalmoscópico
Se realiza electrocardiograma, cuando el resultado de un examen médico específico del presente año coincida con uno de los siguientes requisitos ① o ② (cuando el resultado del examen médico específico de presente año no corresponda al requisito ① y no se pueda verificar la coincidencia con el requisito ②, si el resultado corresponde a un examen médico del año anterior al requisito ②, se realizará el examen oftalmoscópico).
 - ① Resultado del examen de hipertensión arterial.
Presión arterial sistólica superior a los 140 mmHg, o en caso de que la ampliación de la presión sea superior a 90 mmHg.
 - ② Resultado de nivel de azúcares en la sangre
Glicemia en ayunas superior a 126 mg/dl, o cuando la hemoglobina A1c sea superior a 6,5% (valor de NGSP)

Contenido del asesoramiento en salud específico

● 特定保健指導の内容

La finalidad del asesoramiento específico de la salud es brindar un programa que permita mejorar el estilo de vida de aquellos que presentan signos de grasa acumulada en las vísceras junto con otros factores de riesgo de síndrome metabólico, según los resultados de los exámenes de salud específicos.

(1) Contenido del estímulo

- Primera entrevista: se formulará un plan de acción basado en la entrevista y asesoramiento con un médico, enfermera de salud pública o nutricionista matriculado, y se suministrará asistencia para que realice los esfuerzos necesarios para mejorar sus hábitos diarios.
- Evaluación después de 3 meses: se realizará la confirmación del estado físico y hábitos diarios.

(2) Contenido de la asistencia activa

- Primera entrevista: se formulará un plan de acción basado en la entrevista y asesoramiento con un médico, enfermera de salud pública o nutricionista matriculado, y se suministrará asistencia para que realice los esfuerzos necesarios para mejorar sus hábitos diarios.
- Asistencia continua durante 3 meses o más: se otorgará el asesoramiento práctico necesario para mejorar los hábitos diarios, tales como nutrición y ejercicio.
- Evaluación después de 3 meses: se realizará la confirmación del estado físico y hábitos diarios.

Personas sujetas a exámenes médicos y asesoramiento en salud específicos

● 特定健康診査・特定保健指導の対象となる方

Las personas que pertenezcan al Seguro Nacional de Salud y que cumplan entre 40 y 75 años antes del 31 de marzo del año siguiente. En caso de persona con 75 años, hasta el día previo al cumpleaños)

No obstante, se excluyen las embarazadas y quienes estén ingresados en algunas instituciones determinadas. Por otro lado, a quienes tengan la oportunidad, se ruega que se realicen el examen médico implementado en sus lugares de trabajo o similares.

Uso de los exámenes médicos y el asesoramiento en salud específicos

● 特定健康診査・特定保健指導のご利用方法

Para realizarse los exámenes especiales, se necesita un cupón para la realización de exámenes, un cuestionario médico y el certificado del seguro. Por favor lleve un “cupón para la realización de exámenes”, “cuestionario médico” y el “certificado del Seguro” al momento de realizar los exámenes en las instituciones de salud que es una organización donde se realizan exámenes de salud específicos. En el sitio web de la ciudad de Yokohama encontrará una lista de las instituciones de revisión médica donde se proporcionan formularios de revisión médica traducidos en idiomas extranjeros o donde se pueden atender en idiomas extranjeros, para que le sirva como referencia.

(El examen médico es gratuito.)

(Consulte con anticipación sobre el método de atención en la institución en que desea atenderse, ya que en ocasiones es necesaria una reserva.)

A quienes estén inscritos desde antes del 1 de abril y cumplan entre 40 y 74 años hasta antes del 31 de marzo del año siguiente, y a aquellas personas que cumplirán 75 años después del mes de junio, el Departamento de seguros de la municipalidad les enviará el cupón para la realización de exámenes, el cuestionario médico y un cuadernillo explicativo. Si desea recibir un examen médico en otra institución, por favor, presente una solicitud a la Sección de Seguros y Pensiones de la División de Seguro Nacional de Salud de la Municipalidad de su distrito o llame al teléfono de examen médico (045-664-2606) para la expedición de una “tarjeta de examen de salud específico.”

A quienes los resultados de los exámenes indiquen que necesitan de «asistencia activa» o «estímulo» se les enviará un cupón asesoramiento específico en salud. Utilícelo para recibir los servicios de asesoramiento correspondientes. (La prestación de este servicio es gratuita)

Así mismo, personas que reciban tratamiento por enfermedades relacionadas con el estilo de vida, consulte con su médico.

<Cuestionario médico traducido en idiomas extranjeros>

<Lista de instituciones de revisión médica que ofrecen servicios en idiomas extranjeros>



Sistema de salud para los ancianos de edad avanzada

後期高齢者医療制度

Sistema de salud para los ancianos de edad avanzada

後期高齢者医療制度とは

Es un sistema de seguro médico cuyos beneficiarios son aquellas personas de 75 años o mayores. Se emite un certificado para cada individuo y todos pagarán la prima del seguro.

La Asociación de Tratamiento Médico del Área Amplia para los Ancianos de Edad Avanzada (más adelante se denomina como Asociación del Área Amplia) ha sido establecida en cada prefectura. Éstas gestionan el sistema, y las municipalidades funcionan como oficinas para realizar los procedimientos de cobro de primas de seguro y recepción de solicitudes.

- Asociación regional de atención de salud para ancianos de edad avanzada de la prefectura de Kanagawa

9th floor, Yokohama Portside Building
8-1 Sakae-cho, Kanagawa-ku, Yokohama
Contacto (Centro de atención): 0570-001120
Tel: 045-440-6700
Fax: 045-441-1500

Personas elegibles

対象となる方

1. Personas de 75 o más años de edad (a partir del 75º cumpleaños)
2. Personas de 65 a 74 años de edad con alguna discapacidad comprobada (desde la fecha de verificación por parte de la asociación regional)

Recepción del certificado de seguro médico

保険証の交付

Se le enviará por correo a mediados del mes anterior del 75º cumpleaños.

Modo de consulta al médico

お医者さんのかかり方

Presente el “certificado de seguro de tratamiento médico para los ancianos de edad avanzada” en la recepción.

Le corresponderá pagar el 10% de los gastos médicos. No obstante, aquellas personas con un ingreso equivalente al que tenían cuando estaban empleados deberán abonar el 30%. Tenga en cuenta que, a partir de octubre de 2022, de las personas que hasta entonces pagaban 10% y tengan ingresos superiores a un determinado nivel, pasarán a pagar 20%.

Existe un límite para los gastos individuales a pagar por mes tanto para pacientes ambulatorios como para internaciones. Si el total mensual excede el importe superior, podrá recibir posteriormente un reintegro

後期高齢者医療被保険者証	
発給期 年 月 日	
被保険者番号	
住所	
氏名	男 女
生年月日	年 月 日
資格取得年月日	年 月 日
発効期日	年 月 日
交付年月日	年 月 日
一部負担の割合	
被保険者番号	
並びに被保険者の名称及び印	神奈川県後期高齢者医療広域連合

Primas de seguro

保険料について

Es una fuente de recursos importante para el sistema. Las primas consisten en el “monto del índice” equivalente que corresponde a todos los asegurados en forma igualitaria, y el “monto del índice” de ingresos que corresponde a los asegurados según sus ingresos. La proporción entre el “monto del índice” equivalente y el “monto del porcentaje” de los ingresos es determinada por la Asociación Regional, y en principio, es igual para todas las municipalidades pertenecientes al área de la Asociación. El monto límite de las primas de seguro es de ¥660.000 al año. Existe un sistema de ligeras reducciones para personas con bajos ingresos y para aquellos que nunca pagaron primas de seguro. Si desea más información, consulte en el Departamento de Seguros y Pensiones de la oficina del distrito correspondiente a su domicilio.

Los exámenes de salud para las personas cubiertas por el seguro de tratamiento médico para ancianos de edad avanzada

後期高齢者医療制度加入の方の健康診査について

Puede recibir un examen de salud una vez por año en una institución médica (institución médica que realiza exámenes de salud) en su vecindario como parte de la prevención de enfermedades relacionadas con el estilo de vida. Para información sobre la reserva y los exámenes de salud, consulte directamente con la institución médica. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que se excluyen las internadas en asilos de ancianos de cuidados especiales utilizando el seguro enfermería.

Costo: Gratuito

Consultas acerca de los exámenes de salud: Número telefónico exclusivo para exámenes de salud de la ciudad de Yokohama (Tel: 045-664-2606, FAX: 045-663-4469) (08:30-17:15 excepto los domingos, días feriados y fin y principio del año)

Sistema de subsidios para los gastos de tratamiento médico para discapacitados de naturaleza grave

重度障害者医療費助成事業

¿Qué es el sistema de subsidios para los gastos de tratamiento médico para discapacitados de naturaleza grave?

重度障害者医療費助成とは

De acuerdo con este programa, la ciudad de Yokohama pagará una parte correspondiente al asegurado por los servicios de cuidado de la salud suministrados por el seguro médico, cuando las personas con discapacidades de naturaleza grave inscritas en el esquema de seguro de salud realicen una consulta médica por enfermedad o lesión. Para las personas que se encuadran en dicha categoría, se entregará el “Certificado de Tratamiento Médico para Discapacitados de Naturaleza Grave”.

Personas que se pueden beneficiar

対象となる方

- Persona que posea la tarjeta de discapacitado físico de 1er. o 2do. grado.
- Persona cuyo CI ha sido evaluado en 35 o menos.
- Persona cuyo CI ha sido evaluado entre 36 y 50, y posea la tarjeta de discapacidad física de 3er. grado.
- Persona que posee la tarjeta de discapacidad intelectual de 1er. grado (se excluyen los gastos de hospitalización) (desde el 1° de octubre de 2013).

Cuando se consulta a un médico

お医者さんにかかるとき

Muestre su Tarjeta del seguro de salud y el certificado de tratamiento médico para los discapacitados de naturaleza grave en la recepción y podrá recibir tratamiento médico sin costo.

Forma de realizar la solicitud

申請の方法

Para recibir el subsidio para los gastos de tratamiento médico para discapacitados de naturaleza grave, realice la solicitud en la sección de Seguros y Pensiones de la Municipalidad del distrito en que reside, llevando los documentos que se indican a continuación:

(Ítems necesarios para hacer la solicitud)

- Tarjeta de discapacitado físico o de discapacitado mental (Ai-no-techo), etc.
- Certificado del Seguro de Salud

Cuando no es posible utilizar la Tarjeta de tratamiento médico para discapacitados de naturaleza grave

重度障害者医療証を使えなかったとき

En el caso de que la persona efectúe la consulta sin presentar la tarjeta de tratamiento médico para discapacitados de naturaleza grave por un motivo de fuerza mayor, o en el caso de que la persona efectúe la consulta en un hospital que no utiliza dicho sistema o en un hospital de otra prefectura, podrá recibir el reintegro del valor pagado efectuando la solicitud en la Sección de Seguros y Pensiones de la Municipalidad del distrito en que reside.

El importe del gasto del tratamiento médico de aquellas personas elegibles para el sistema de tratamiento médico para ancianos de edad avanzada que hubieran pagado en otra prefectura se remitirá posteriormente a la cuenta designada por ellos, de forma automática.

(Ítems necesarios para el trámite)

- (1) Para aquellas personas que no son elegibles para el sistema de atención de salud para los ancianos de edad avanzada
 - Tarjeta de tratamiento médico para discapacitado de naturaleza grave, Tarjeta del Seguro de Salud, “inkan” (sello personal) (con almohadilla de tinta roja: no será necesario si acostumbra firmar. *En caso de transferencia bancaria a una cuenta distinta de la del solicitante, se requiere el sello personal de la persona autorizada (solicitante).)
 - Recibo (con el nombre del paciente, el total de puntos de tratamiento por el seguro, el tiempo de tratamiento, el valor pagado y el nombre de la institución médica)
 - Libreta de depósito de la institución financiera para el depósito del reintegro (No es posible efectuar la transferencia a una cuenta del Banco Postal de Japón.)
 - Notificación de la resolución de pago, cuando el seguro de salud paga los gastos de tratamiento médico de alto costo o la asignación añadida
- * Cuando el seguro de salud paga los gastos médicos importantes o la asignación añadida, el importe se restará del reintegro. Solicite el reembolso de los gastos médicos el mes posterior a la fecha del tratamiento médico, dentro del primer año, si fuera posible. Puede realizar una solicitud global con recibos de varios meses, pero será necesario presentar una solicitud por cada mes y por cada institución médica. Tenga cuidado que no será elegible transcurridos 5 años a partir del día 1º del siguiente mes después de haber recibido el tratamiento médico.
- (2) Aquellas personas que son elegibles para el sistema de atención de salud para los ancianos de edad avanzada

En relación con el valor pagado correspondiente a la parte que cubre el asegurado, el mismo se reintegrará, en principio, seis meses después mediante depósito en la cuenta determinada por el beneficiario. (No es necesario que presente una solicitud de asignación en la oficina del distrito.) Posteriormente, se le enviará el “Comunicado de indicación de la cuenta bancaria para el depósito”. Devuelva el mismo sin falta.

Actividades de subsidio para tratamiento médico para familias con solamente uno de los padres

ひとり親家庭等の医療費助成

¿Qué es el subsidio de tratamiento médico para familias con solamente uno de los padres?

ひとり親家庭等の医療費助成とは

Es un sistema en el que cuando una persona perteneciente a una familia con sólo uno de los padres (madre e hijo(a), padre e hijo(a), etc.), inscrito en un Seguro de Salud, recibe tratamiento médico por enfermedad o lesión, la ciudad de Yokohama pagará una parte de los gastos correspondiente al seguro nacional. Las personas que se encuadran en este sistema recibirán la Tarjeta de Tratamiento Médico de Asistencia Social del Padre/Madre.

Persona que se encuadra en este sistema

対象となる方

- Persona con residencia en la ciudad de Yokohama
- Persona inscrita en un seguro de tratamiento médico
- Padre (o madre) de familia con solamente uno de los padres y el niño mantenido por uno de los padres (Hasta el primer 31 de marzo después de cumplir los 18 años. No obstante, si el niño posee deficiencia mediana o grave, o frecuenta la secundaria superior etc., hasta cumplir los 20 años.)
- * Cuando el padre o la madre tiene una discapacidad de mucha gravedad (2ª categoría o superior de acuerdo con la Ley de Asistencia Social a los Discapacitados Físicos), también se aplica este sistema.
- Persona con ingresos dentro del límite de ingreso establecido.

Al consultar con el médico

お医者さんにかかるとき

Presentando la Tarjeta de Tratamiento Médico de Asistencia Social del Padre/Madre y el Certificado del Seguro de Salud en la ventanilla del hospital, puede recibir tratamiento médico sin pagar la parte correspondiente al asegurado.

Forma de requerimiento

申請の方法

Para recibir el subsidio de tratamiento médico para familias con solamente uno de los padres, es necesario hacer un requerimiento en el Sector de Seguro de la Sección de Seguro y Pensión de la Municipalidad donde Ud. reside, llevando los siguientes ítems:

- **Documentos necesarios para la solicitud**
- Certificado de Ayuda para la Manutención de los Niños
 - * La persona que no posee el Certificado de Ayuda para la Manutención de Niños, debe anexar los siguientes documentos:
 - Koseki-tohon (Extracto del registro de familia)
 - Certificado de impuestos (Impuesto a la renta) correspondiente a los ingresos de hace dos años (Certificado de Impuestos (Impuesto a la renta) emitido por el Alcalde de la Ciudad, Distrito, Villa o Aldea donde la persona residiera hasta el día 1º de enero del año anterior.)
- Tarjeta del seguro
- Otros
 - En caso de que hubiera discapacitado en la familia: Documento que compruebe el grado de deficiencia (Por ejemplo, Tarjeta de Discapacitado Físico, Certificadod de Pensión, etc.).
 - En caso de que hubiera un niño menor de 20 años y que esté en la secundaria superior, etc.: Certificado de matrícula

(3番)

◎ 福祉医療証

住所

氏名

有効期間 年 月 日から 年 月 日まで

次の受給者は、横濱市に住所を有するひとり親家庭等の医療費助成に関する条例により医療費の一部を助成される者であることを証明します。

横浜市長

発行局

交付年月日 年 月 日

(注意) この医療証により受診できるのは、2番又は3面に氏名の書かれている方のみです。

Cuando no pueda usar la tarjeta de tratamiento médico de asistencia social del Padre/Madre

● 福祉医療証を使えなかったとき

En el caso de que el asegurado reciba tratamiento médico sin la presentación, por motivos justificados, de la Tarjeta de Tratamiento Médico de Asistencia Social del Padre/Madre, o reciba tratamiento en un hospital de otra provincia o un hospital que no trabaja con este sistema, el monto correspondiente al pago se le reintegrará, mediante los trámites respectivos en el Sector de Seguro de la Sección de Seguros y Pensiones de la Municipalidad.

Documentos necesarios

- Tarjeta de Tratamiento Médico de Asistencia Social del Padre/Madre y el Certificado del Seguro de Salud
 - “Inkan” (sello personal) que utiliza tampón para sellar (no será necesario si acostumbra firmar. *En caso de transferencia bancaria a una cuenta distinta de la del solicitante, se requiere el sello personal de la persona autorizada (solicitante).)
 - Recibo del tratamiento (En que consten todos los ítems de tratamiento por el seguro.)
 - Libreta bancaria
- En el caso de no tener el Certificado del Seguro de Salud, no puede utilizar la Tarjeta de Tratamiento Médico de Asistencia Social del Padre/ Madre.
- Los gastos no cubiertos por el seguro, tales como la diferencia de precio por el tipo de cama durante la internación, no es contemplado por este subsidio.

* Cuando el seguro de salud paga los gastos médicos importantes o la asignación añadida, el importe se restará del reintegro. Solicite el reembolso de los gastos médicos el mes posterior a la fecha del tratamiento médico, dentro del primer año, si fuera posible. Puede realizar una solicitud global con recibos de varios meses, pero será necesario presentar una solicitud por cada mes y por cada institución médica. Tenga cuidado que no será elegible transcurridos 5 años a partir del día 1° del siguiente mes después de haber recibido el tratamiento médico.

Sistema de subsidios para los gastos de tratamiento médico infantil

小児医療費助成事業

¿Qué es el sistema de subsidios para los gastos de tratamiento médico infantil?

小児医療費助成事業とは

Es un sistema mediante el cual se suministra el subsidio de la parte correspondiente al asegurado, de acuerdo con la edad del niño, cuando el niño, que tiene su domicilio registrado en la ciudad de Yokohama y se encuentre inscrita en el Seguro de Salud, recibe atención en una institución médica debido a una enfermedad o lesión.

En el caso de los niños de 1 y 2 años, se emitirá un certificado médico después de realizar una “valoración sobre la necesidad de un pago parcial” en función de los ingresos de los tutores.

En el caso de los niños de 3 años o mayores, dado que existe un límite de ingresos, primero se examinarán los ingresos de los tutores en el momento de la solicitud y en caso de corresponderse se emitirá un certificado médico.

(Los gastos no cubiertos por el seguro, tales como la diferencia de precio por el tipo de cama durante la internación, los costes de documentos, coste de examen médico, etc., no son contemplado por este subsidio.)

● Grupo de edad beneficiado por el sistema de subsidio para los gastos de tratamiento médico infantil y alcance del subsidio

Edad	0 años	Entre 1 y 2 años	Entre 3 años y tercer año de primaria	Entre el cuarto año de primaria y el tercer año de secundaria
Sujeto a los subsidios	Paciente interno o externo			
Límite de los bienes de tutores	No se aplica		Se aplica	
Contenido del subsidio	Subvención completa	○ Si los ingresos de los tutores son <u>inferiores a la cuantía estándar de los ingresos</u> ⇒ Sin cargo por visita ○ Si los ingresos de los tutores son <u>superiores a la cuantía estándar de los ingresos</u> ⇒ Hospitalización: Pago máximo de ¥500 por hospitalización Hospitalización y prescripción de medicamentos: Subvención completa	Subvención completa	Hospitalización: Pago máximo de ¥500 por hospitalización * En caso de que el impuesto municipal para los tutores sea exento de la tasa, el subsidio se aplica para la totalidad del coste. Hospitalización y prescripción de medicamentos: Subvención completa

Límites para los ingresos del responsable (a excepción de los menores de entre 0 y 2 años)

保護者の所得制限 (0~2歳児を除く)

El responsable es la persona principal a cargo del sustento del niño beneficiado por el subsidio. Para que el niño de 3 años o más pueda lograr los beneficios del sistema de otorgamiento de subsidio para los gastos de tratamiento médico infantil es necesario que los ingresos de su responsable sean menores que los establecidos. El monto límite difiere de acuerdo con la edad del niño beneficiado y el número de dependientes. Para más detalles, infórmese en el Sector de Seguro de la Sección de Seguro y Pensión de la Municipalidad del distrito donde reside.

Tabla de límite de ingresos (para los menores de 1 y 2 años se aplica el importe base de los ingresos)

Cantidad de dependientes	Techo de ingresos del responsable
0	¥5.400.000
1	¥5.780.000
2	¥6.160.000
3	¥6.540.000
4 o más	(se añaden ¥380.000 por cada dependiente adicional)

Nota: En esta tabla, el importe uniforme de deducción considerado en el cálculo de ingresos (¥80.000) se ha añadido al importe original del techo de ingresos.

Sistema de subsidios para los gastos de tratamiento médico infantil

申請の手續と利用のしかた

Se debe solicitar en el Sector de Seguro de la Sección de Seguro y Pensión de la Municipalidad. Se emitirá la Tarjeta de Tratamiento Médico.

Lo que se requiere para efectuar la solicitud

申請に必要なもの

- Tarjeta del Seguro de Salud en el que el niño esté inscrito
 - Certificado de impuestos (ingresos) de los tutores [Certificado que incluye los ingresos y el desglose de las deducciones] (cuando se haya mudado desde otra ciudad)
- *En caso de tener un cónyuge, en principio es obligatorio que cada uno de ustedes presente sus documentos.

Renovación de la tarjeta de medicina pediátrica

小児医療証の更新

No es necesario el trámite, ya que en el último mes válido de la tarjeta de medicina pediátrica, se realizará la renovación en la municipalidad.

Al recibir tratamiento en una institución médica

医療機関にかかるとき

- Institución médica de la prefectura de Kanagawa: Presente la tarjeta de medicina pediátrica y la tarjeta del Seguro de Salud a la institución médica. No es necesario pagar la porción a cargo del asegurado.
* Para los niños de entre 1 y 2 años y entre cuarto año de primaria y tercer año de secundaria cuyos tutores ganen sueldo superior al importe base, se deben pagar como máximo ¥500 por cada visita al centro médico.
- Institución médica fuera de la prefectura: Se paga la porción a cargo del asegurado en la institución médica. Se efectúa la solicitud en el Sector de Seguro de la Sección de Seguro y Pensión de la Municipalidad y se recibe el reembolso.

Otras declaraciones

その他の届け出

Necesita presentar en los siguientes casos

- Cuando haya cambiado de póliza de seguro de salud
- Cuando haya cambiado de dirección

Lo que se requiere para la solicitud

- Certificado del tratamiento médico, certificado del seguro de salud

Lo que se requiere para el reintegro

- Tarjeta de medicina pediátrica, tarjeta del Seguro de Salud, “Inkan” sello personal (con almohadilla de tinta roja.- no será necesario si acostumbra firmar. *En caso de transferencia bancaria a una cuenta distinta de la del solicitante, se requiere el sello personal de la persona autorizada (solicitante) en el formulario de solicitud.)
 - Recibo (en el que conste el nombre del paciente, el número total de consultas realizadas por intermedio del seguro, el período de tratamiento, el monto recibido y el nombre de la institución médica)
 - Recibo de pago que confirme el importe de los gastos médicos importantes o asignación añadida pagada por el seguro de salud del mes del tratamiento médico en la solicitud.
 - Certificado de impuestos (ingresos) [que demuestre los ingresos y el contenido de las deducciones] (puede ser necesario si se mudó desde otra ciudad).
 - Libreta de depósito de la institución bancaria a donde se debe efectuar la transferencia (No es posible efectuar la transferencia a una cuenta del Banco Postal de Japón.)
- * Cuando el seguro de salud paga los gastos médicos importantes o la asignación añadida, el importe se restará del reintegro. Solicite el reembolso de los gastos médicos el mes posterior a la fecha del tratamiento médico, dentro del primer año, si fuera posible. Puede realizar una solicitud global con recibos de varios meses, pero será necesario presentar una solicitud por cada mes y por cada institución médica. Tenga cuidado que no será elegible transcurridos 5 años a partir del día 1º del siguiente mes después de haber recibido el tratamiento médico.

Instituciones hospitalarias con atención nocturna y días feriados

夜間・休日急患診療所

● Centro Médico Nocturno de Emergencia (enfermedad repentina a la noche)

Clínica	Especialidades	Número de teléfono (* 1)	Días de atención	Horario	Dirección	Acceso
Centro de Tratamiento Médico de Emergencia de la Ciudad de Yokohama (Centro de Atención de Emergencia Nocturna)	Clínica General, Pediatría Oftalmología Otorrinolaringología	212-3535	Todos los días	20h00 - 24h00	1-1 Sakuragi-cho, Naka-ku	A 2 minutos a pie desde la estación "Sakuragichou" de JR y del metro municipal
Centro de Atención de Emergencia Nocturno de la Región Norte de la Ciudad de Yokohama	Clínica General, Pediatría	911-0088	Todos los días	20h00 - 24h00	1-23-4 Ushi- kubo- Nishi, Tsuzuki-ku	A 8 minutos a pie desde la estación "Center Kita" del metro municipal
Centro de Atención de Emergencia Nocturna de la Región Sudoeste de la Ciudad de Yokohama	Clínica General, Pediatría	806-0921	Todos los días	20h00 - 24h00	5-1-5, Izumi-chuo Kita, Izumi-ku	A 8 minutos a pie desde la estación "Izumi Chuo" de Sotetsu

● Clínicas de emergencia en los feriados (Enfermedades repentinas en días domingos, feriados y días de fin de año y principio de año)

Clínica	Especialidades	Número de teléfono (* 1)	Días de atención	Horario	Dirección	Acceso (estación y parada de autobús más cercanas)
Distrito de Tsurumi	Clínica General, Pediatría	503-3851	Domingos, días festivos y vacaciones de fin de año y Año Nuevo (desde el 30 de diciembre hasta el 3 de enero)	10h00 - 16h00	3-4-22 Tsurumi-Chuo, Tsurumi-ku	A 12 minutos a pie desde la estación "Tsurumi" de JR 10 minutos a pie desde la estación "Keikeyu Tsurumi" de Keikeyu
Distrito de Kanagawa	Clínica General, Pediatría	317-5474	Domingos, días festivos y vacaciones de fin de año y Año Nuevo (desde el 30 de diciembre hasta el 3 de enero)	10h00 - 16h00	Haato yu Kanagawa 3F 1-8-4 Tanmachi, Kanagawa-ku	A 10 minutos a pie desde la estación "Kanagawa" de Keikeyu 5 minutos a pie desde la estación "Tanmachi" de Tokyu 10 minutos a pie desde la estación "Higashi Kanagawa" de JR
Distrito de Nishi	Clínica General, Pediatría	322-5715	Domingos, días festivos y vacaciones de fin de año y Año Nuevo (desde el 30 de diciembre hasta el 3 de enero)	10h00 - 16h00	1-15-18 Chuo, Nishi-ku	10 minutos a pie desde la estación "Tobe" de Keikeyu 3 minutos a pie desde la parada "Nishi Ku Sogo Chosha Iriguchi" del bus municipal y Kanachu
Distrito de Naka	Clínica General, Pediatría	622-6372	Domingos, días festivos y vacaciones de fin de año y Año Nuevo (desde el 30 de diciembre hasta el 3 de enero)	10h00 - 16h00	2-353 Honmoku-cho, Naka-ku	3 minutos a pie desde la parada "Honmaki 2 Choume" de autobús municipal 5 minutos a pie desde la parada "Minowayato" del autobús municipal
Distrito de Minami	Clínica General, Pediatría	731-2416	Domingos, días festivos y vacaciones de fin de año y Año Nuevo (desde el 30 de diciembre hasta el 3 de enero)	10h00 - 16h00	4-76-1 Shuku-cho, Minami-ku *Desde junio de 2022, por motivos de reconstrucción del edificio se ha trasladado a la clínica temporal: 2-22 Eiraku-cho, Minami-ku, 2nd piso del edificio de la sede de la compañía Kenko	5 minutos a pie desde la estación "Makita" del metro municipal
Distrito de Konan	Clínica General, Pediatría	842-8806	Domingos, días festivos y vacaciones de fin de año y Año Nuevo (desde el 30 de diciembre hasta el 3 de enero)	10h00 - 16h00	7-29 Konan-Chuo-dori, Konan-ku	5 minutos a pie desde la estación "Konan Chuo" del metro municipal 1 minuto a pie desde la estación "Yoshihara" del bus municipal y Kanachu
Distrito de Hodogaya	Clínica General, Pediatría	335-5975	Domingos, días festivos y vacaciones de fin de año y Año Nuevo (desde el 30 de diciembre hasta el 3 de enero)	10h00 - 16h00	1-21 Tenno-cho, Hodogaya-ku Tel.: *Hasta junio de 2022, por motivo de reconstrucción del edificio se ha trasladado a la clínica temporal: 1-7-15 Iwama-cho, Hodogaya-ku	8 minutos a pie desde la estación "Tennocho" de Sotetsu 3 minutos a pie desde la parada "Miyata-cho" del bus municipale, Sotetsu y Kanachu. *Clínica temporal: a 5 minutos a pie desde la estación "Tennocho" de Sotetsu

Distrito de Asahi	Clínica General, Pediatría	363-2020	Domingos, días festivos y vacaciones de fin de año y Año Nuevo (desde el 30 de diciembre hasta el 3 de enero)	10h00 - 16h00	1-88-16 Futamatagawa, Asahi-ku	18 minutos a pie desde la estación "Futamatagawa" de Sotetsu 1 minuto a pie desde la parada "Light Center-mae" del Sotetsu bus
Distrito de Isogo	Clínica General, Pediatría	753-6011	Domingos, días festivos y vacaciones de fin de año y Año Nuevo (desde el 30 de diciembre hasta el 3 de enero)	10h00 - 16h00	1-3-13, Isogo, Isogo-ku	3 minutos a pie desde la parada "Hama" del bus municipal
Distrito de Kanazawa	Clínica General, Pediatría	782-8785	Domingos, días festivos y vacaciones de fin de año y Año Nuevo (desde el 30 de diciembre hasta el 3 de enero)	10h00 - 16h00	48 Kanazawa-cho, Kanazawa-ku	8 minutos a pie desde la estación "Kanazawa Bunko" de Keikyu
	10h00 - 12h00 (desde el 30 de diciembre hasta el 3 de enero y durante las vacaciones de mayo (semana de oro))					
Distrito de Kohoku	Clínica General, Pediatría	433-2311	Domingos, días festivos y vacaciones de fin de año y Año Nuevo (desde el 30 de diciembre hasta el 3 de enero)	10h00 - 16h00	7-8-27 Kikuna, Kohoku-ku	10 minutos a pie desde la estación "Kikuna" de Tokyu y JR 10 minutos a pie desde la estación "Okurayama" de Tokyu 20 minutos a pie desde la estación "Shin Yokohama" de JR y del metro municipal
Distrito de Midori	Clínica General, Pediatría	937-2300	Domingos, días festivos y vacaciones de fin de año y Año Nuevo (desde el 30 de diciembre hasta el 3 de enero)	10h00 - 16h00	3-16-2 Nakayama, Midori-ku	15 minutos a pie desde la estación "Nakayama" de JR 2 minutos a pie desde la estación "Koushuha mae" del bus municipal
Distrito de Aoba	Clínica General, Pediatría	973-2707	Domingos, días festivos y vacaciones de fin de año y Año Nuevo (desde el 30 de diciembre hasta el 3 de enero)	9h00 - 12h00 13h00 - 16h00	31-21 Ichigao-cho, Aoba-ku	8 minutos a pie desde la estación "Ishigao" de Tokyu
Distrito de Tsuzuki	Clínica General, Pediatría	911-0088	Domingos, días festivos y vacaciones de fin de año y Año Nuevo (desde el 30 de diciembre hasta el 3 de enero)	10h00 - 16h00	1-23-4 Ushikubo-Nishi, Tsuzuki-ku	8 minutos a pie desde la estación "Ishigao" de Tokyu
Distrito de Totsuka	Clínica General, Pediatría	861-3335	Domingos, días festivos y vacaciones de fin de año y Año Nuevo (desde el 30 de diciembre hasta el 3 de enero)	10h00 - 16h00	4141-1 Totsuka-cho, Totsuka-ku	10 minutos a pie desde la estación "Totsuka" de JR y del metro municipal 1 minuto a pie desde la estación "Shoubousho mae" del Kanachu bus
Distrito de Sakae	Clínica General, Pediatría	893-2999	Domingos, días festivos y vacaciones de fin de año y Año Nuevo (desde el 30 de diciembre hasta el 3 de enero)	10h00 - 16h00	635 Kuden-cho, Sakae-ku	7 minutos a pie desde la parada "Sakae Keisatsu mae" del Kanachu bus 15 minutos a pie desde la estación "Hongodai" de JR
Distrito de Izumi	Clínica General, Pediatría	806-0921	Domingos, días festivos y vacaciones de fin de año y Año Nuevo (desde el 30 de diciembre hasta el 3 de enero)	10h00 - 16h00	5-1-5, Izumi-chuo Kita, Izumi-ku	8 minutos a pie desde la estación "Izumi Chuo" de Sotetsu
Distrito de Seya	Clínica General, Pediatría	360-8666	Domingos, días festivos y vacaciones de fin de año y Año Nuevo (desde el 30 de diciembre hasta el 3 de enero)	10h00 - 16h00	489-46 Futatsubashi-cho, Seya-ku	12 minutos a pie desde la estación "Mitsukyo" de Sotetsu 4 minutos a pie desde la parada "Nakamaru" de Sotetsu bus
Centro de Tratamiento Odontológico de la Ciudad de Yokohama (*2)	Odontología	201-7737	Domingos, días festivos y vacaciones de fin de año y Año Nuevo (desde el 29 de diciembre hasta el 4 de enero)	19h00 - 23h00 (La recepción Cierra a las 22:30)	6-107 Aioi-cho, Naka-ku	10 minutos a pie desde la estación "Sauragicho" de JR 5 minutos a pie desde la estación "Kannai" del metro municipal 5 minutos a pie desde la estación "Bashamichi" de la línea Minatomirai
				10h00 - 16h00 (La recepción Cierra a las 15:30)		

*1 El código de área es "045" de Yokohama.

*2 Además de la atención odontológica de urgencia, se atenderá a los adultos y niños con discapacidad física que necesiten la atención odontológica desde las 9 a las 17 horas de lunes a sábado (excepto los días festivos y las vacaciones de fin de año y Año Nuevo). (sólo cita previa)

Lista del sector de seguro de la sección de seguro y pensión de la municipalidad

区役所保険年金課保険係一覽

* El prefijo desde fuera de la ciudad de Yokohama es “045”. Por favor marque “045” al principio de todo.

Municipalidad del Distrito	Número de teléfono			Dirección	Estación más cercana	Fax
	Calificación y cuota del seguro	Cobro de la cuota del seguro	Servicios, tratamiento de personas de avanzada edad, Beneficios médicos, etc.			
Tsurumi	(510) 1807	(510) 1808 (510) 1809	(510) 1810	3-20-1 Tsurumi-Chuo, Tsurumi-ku, 230-0051	9 min a pie desde la estación “Tsurumi” de JR, 7 min a pie desde la estación “Keikyu Tsurumi” de Keikyu	(510) 1898
Kanagawa	(411) 7124	(411) 7029	(411) 7126	3-8 Hirodai Ota-machi, Kanagawa-ku, 221-0824	7 min a pie desde la estación “Higashi Kanagawa” de JR y “Tanmachi” de Tokyu	(322) 1979
Nishi	(320) 8425 (320) 8426	(320) 8475	(320) 8427 (320) 8428	1-5-10 Chuo, Nishi-ku, 220-0051	8 min a pie desde la estación “Tobe” de Keikyu, 10 min a pie desde la estación “Hiranumabashi” de Sotetsu	(322) 2183
Naka	(224) 8315 (224) 8316	(224) 8313 (224) 8314	(224) 8317 (224) 8318	35 Nihon O-dori, Naka-ku, 231-0021	10 min a pie desde la estación “Kannai” de JR y subterráneo; 5 min a pie de la estación “Nihon O-dori” de la línea Minatomirai	(224) 8309
Minami	(341) 1126	(341) 1127	(341) 1128	2-33 Urafune-cho, Minami-ku, 232-0024	8 min a pie desde la estación “Bandobashi” de subterráneo, 14 min a pie desde la estación “Kogane-cho” de Keikyu	(341) 1131
Konan	(847) 8425	(847) 8426	(847) 8423	4-2-10 Konan, Konan-ku, 233-0003	2 min a pie desde la estación “Konan-Chuo” de subterráneo	(845) 8413
Hodogaya	(334) 6335	(334) 6337	(334) 6338	2-9 Kawabe-cho, Hodogaya-ku, 240-0001	2 min a pie desde la estación “Hoshikawa” de Sotetsu	(334) 6334
Asahi	(954) 6134	(954) 6137	(954) 6138	1-4-12 Tsurugamine, Asahi-ku, 241-0022	7 min a pie desde la estación “Tsurugamine” de Sotetsu	(954) 5784
Isogo	(750) 2425	(750) 2431	(750) 2428	3-5-1 Isogo, Isogo-ku, 235-0016	3 min a pie desde la estación “Isogo” de JR	(750) 2545
Kanazawa	(788) 7835 (788) 7836	(788) 7837	(788) 7838 (788) 7839	2-9-1 Deiki, Kanazawa-ku, 236-0021	12 min a pie desde la estación “Kanazawa Hakkei” de Keikyu y Seaside Line, 12 min a pie desde la estación “Kanazawa Bunko” de Keikyu	(788) 0328
Kohoku	(540) 2349	(540) 2350	(540) 2351	26-1 Mamedo-cho, Kohoku-ku, 222-0032	7 min a pie desde la estación “Okurayama” de Tokyu	(540) 2355
Midori	(930) 2341	(930) 2342	(930) 2344	118 Terayama-cho, Midori-ku, 226-0013	5 min a pie desde la estación “Nakayama” de JR	(930) 2347
Aoba	(978) 2335	(978) 2431	(978) 2337	31-4 Ichigao-cho, Aoba-ku, 225-0024	8 min a pie desde la estación “Ichigao” de Tokyu	(978) 2417
Tsuzuki	(948) 2334 (948) 2335	(948) 2338	(948) 2336 (948) 2337	32-1 Chigasaki-Chuo, Tsuzuki-ku, 224-0032	6 min a pie desde la estación “Center-Minami” de subterráneo	(948) 2339
Totsuka	(866) 8449	(866) 8445	(866) 8450	16-17 Totsuka-cho, Totsuka-ku, 244-0003	2 min a pie desde la estación “Totsuka” de JR y subterráneo	(871) 5809
Sakae	(894) 8425	(894) 8425	(894) 8426	303-19 Katsura-cho, Sakae-ku, 247-0005	10 min a pie desde la estación “Hongodai” de JR	(895) 0115
Izumi	(800) 2425 (800) 2426	(800) 2428 (800) 2429	(800) 2427	5-1-1, Izumi Chuo Kita, Izumi-ku, 245-0024	5 min a pie desde la estación “Izumi-Chuo” de Sotetsu	(800) 2512
Seya	(367) 5725 (367) 5726	(367) 5732	(367) 5727 (367) 5728	190 Futatsubashi-cho, Seya-ku, 246-0021	10 min a pie desde la estación “Mitsukyo” de Sotetsu	(362) 2420

◆ Horas durante las cuales la Sección de Seguros y Pensiones de la Municipalidad está abierta

De lunes a viernes: de 08:45 - 17:00, cada segundo y cuarto sábado: de 09:00 - 12:00 (Cerrado los días festivos y los últimos días de diciembre y los primeros del Año Nuevo) (*)

(*) A pesar de que normalmente trabajamos durante estas horas, no todas las municipalidades pueden llevar a cabo todos los servicios normales durante el horario normal de lunes a viernes. Para más detalles, póngase en contacto con la Sección de Seguros y Pensiones de la División de Seguro Nacional de Salud de la Municipalidad de su distrito.

Sección de seguro nacional de salud de la municipalidad de la ciudad

市役所国民健康保険担当課

	Información	No. del teléfono	Dirección	Estación más cercana	Fax
Municipalidad de la ciudad	Sección de Seguro y Pensión de la Agencia de Salud y Bienestar - Sección de gestión - Sección de aprobación y primas de seguro - Sección de prestaciones - Encargado de las medidas de recaudación - Encargado de la optimización de los costes médicos, etc.	 (671) 2421 (671) 2422 (671) 2424 (671) 3922 (671) 4067	 6-50-10, Honmachi, Naka-ku, Yokohama, 231-0005	 Conexión directa con la salida 1C de la “Estación Bashamichi” de la línea Minatomirai 3 minutos a pie de la “Estación Sakuragichō” de JR y de Yokohama Shiei Chikatetsu	 (664) 0403

E-mail: kf-hokennenkin@city.yokohama.jp

Seguro Nacional de Salud: Cuando ocurran los siguientes casos, comuníquese sin falta.

国民健康保険、こんな時には忘れずに届け出を

La declaración se debe efectuar dentro de los 14 días siguientes en el Sector de Seguro de la Sección de Seguro de la Municipalidad.

Categoría	Motivos	Lo que es necesario	
Inscripción en el Seguro Nacional de Salud de Yokohama	Al retirarse del seguro de salud de la empresa o de la Cooperativa del Seguro Nacional de Salud	Certificado de pérdida de calificación del seguro de salud (*1)	Cuenta de ahorro, sello usado en la institución bancaria (sin necesidad si se ha concluido el trámite de pagos por transferencia de cuenta bancaria)
	Cuando se traslada desde extranjero	Pasaporte	
	Cuando se traslada desde fuera de la ciudad	Tarjeta de residencia o certificado especial de residencia permanente	
	Al dejar de recibir el subsidio de sobrevivencia	Comunicado de cancelación o de suspensión del subsidio de sobrevivencia	
	Cuando nace un niño	Libreta de Salud Materno-Infantil	
Retiro del Seguro Nacional de Salud de Yokohama	Al volver al país de origen	Pasaporte	Tarjeta del seguro (*3)
	Al ingresar en el seguro de salud de la empresa o de la Cooperativa del Seguro Nacional de Salud	Tarjeta del Seguro (*2) en que se ha inscripto o Certificado de Obtención de Calificación del seguro de salud	
	Al mudarse a otra ciudad	—	
	Al pasar a recibir subsidio de sobrevivencia	Comunicado de recibimiento de subsidio de sobrevivencia	
	En caso de fallecimiento	Comprobante de defunción	
Otros	Mudanza dentro del mismo Distrito	—	Tarjeta de residencia / tarjeta My Number, entre otras
	Cuando cambia el jefe de la familia		
	Separación o unión de familias		
	Alteración de nombre		
	Al mudarse de otro Distrito para éste (*4)	Tarjeta del seguro del Distrito donde residía	
	Al mudarse fuera de la ciudad por motivos de estudios	Certificado escolar	
	Cuando la Tarjeta del Seguro se extravía o ensucia	En el caso de extravío, lleve documentos, tales como el aviso de reconocimiento del valor del seguro o la guía de pago, etc., que permita conocer el número de la tarjeta. En el caso de daño por suciedad, lleve la tarjeta sucia	

Hay caso en el que se requiere comprobar el número de identidad persona en el momento de su declaración

*1 El comprobante de pérdida de calificación puede ser emitido por la empresa de la cual se ha renunciado o por la institución que emitió la tarjeta del seguro.

*2 Cuando se retire del seguro nacional de salud, por favor entregue los certificados de seguro nacional de salud de todos los miembros de su familia.

*3 Por favor, traer consigo los certificados de seguro nacional de salud de todas las personas cuyos datos van a alterarse, como por ejemplo, modificación del nombre y la dirección del jefe de familia.

Además, si usted posee el certificado de aplicación del valor límite del Seguro Nacional de Salud o la tarjeta de examen de salud específico, por favor lléveselos también.

*4 Notifique a la Sección de Seguro de la Municipalidad en donde se ha mudado.

YOKOHAMA
ENJOY WALKING
さあ歩こうヨコハマ。