

SEGURO NACIONAL DE SALUD

GUÍA

Año fiscal 2026



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？	
Uso de la tarjeta My Number (número personal) como tarjeta del seguro médico	3
マイナンバーカードの健康保険証利用	
Inscripción / 加入	
Asegurado, documentos de comprobación de la afiliación, etc.....	5
被保険者・資格確認書等	
Inscripción / 加入	
Comunicación	7
届出	
Pago / 給付	
Reintegro de los gastos de tratamiento médico	8
療養の給付	
Pago / 給付	
Personas de 70 o más años de edad	8
70 歳以上の方	
Pago / 給付	
Reintegro de los gastos médicos	10
療養費の支給	
Pago / 給付	
Gastos de tratamiento médico en consultas efectuadas en centros de cuidados médicos	11
訪問看護療養費	
Pago / 給付	
Gastos de traslado	12
移送費の支給	
Pago / 給付	
Tarifa media de la dieta durante la hospitalización	12
入院時食事療養標準負担額	
Pago / 給付	
Tarifa media de los servicios durante la hospitalización	13
入院時生活療養標準負担額	
Pago / 給付	
Reintegro de los gastos de tratamiento médico de alto costo	14
高額療養費の支給	
Pago / 給付	
Gastos unificados de cuidados médicos a largo plazo de alto costo	17
高額介護合算療養費	
Pago / 給付	
Subsidio único por parto y puericultura	18
出産育児一時金	
Pago / 給付	
Subsidio para la crianza de niños con discapacidades	20
障害児育児手当金	
Pago / 給付	
Los gastos funerarios	20
葬祭費	
Pago / 給付	
Casos en que no es posible acceder a un tratamiento médico a través del Seguro Nacional de Salud	21
国民健康保険で診療を受けられない場合	
Pago / 給付	
Al involucrarse en accidentes de tránsito, etc.....	22
交通事故などにあったとき	
Cuota del seguro / 保険料	
Modo de cálculo de la cuota del seguro	23
保険料の計算	
Cuota del seguro / 保険料	
Determinación y alteración de la cuota del seguro	24
保険料額の決定・変更	
Cuota del seguro / 保険料	
Forma de abono de la cuota del seguro	25
保険料の納付方法	
Cuota del seguro / 保険料	
Reducción o exención de la cuota del seguro	27
保険料の減額及び免除	
Cuota del seguro / 保険料	
Falta de pago de la cuota del seguro	30
保険料の滞納	
Pruebas médicas específicas / Asesoramiento en salud específico	31
特定健康診査・特定保健指導	
Sistema de salud para los ancianos de edad avanzada	34
後期高齢者医療制度	
Sistema de subsidios para los gastos de tratamiento médico para personas con discapacidad severa	36
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.....	38
ひとり親家庭等の医療費助成	
Sistema de subsidios para los gastos de tratamiento médico infantil.....	40
小児医療費助成事業	
Instituciones hospitalarias con atención nocturna y días feriados	42
夜間・休日急患診療所	
Lista del sector de seguro de la sección de seguro y pensión de la municipalidad	44
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	45
市役所国民健康保険担当課	
Notifique sin falta en estos casos	46
こんなときは忘れずに届出を	
Información de solicitud en línea y por correo postal	46
オンライン・郵送申請のご案内	
Instamos a utilizar la Tarjeta My Number de seguro	46
マイナ保険証の利用をぜひご検討ください	

¿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 reside 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.

Uso de la tarjeta My Number (número personal) como tarjeta del seguro médico

マイナンバーカードの健康保険証利用

La tarjeta My Number se puede utilizar como tarjeta del seguro médico.

マイナンバーカードが健康保険証として利用できます

Para usarla con este propósito, primero debe obtener su tarjeta My Number y luego solicitar su uso como tarjeta del seguro médico a través de Myna Portal u otros medios.

Puede hacer esta solicitud fácilmente colocando su tarjeta My Number en un lector de tarjetas instalado en centros médicos o farmacias. También es posible realizar el trámite desde una computadora, un teléfono inteligente o en los cajeros automáticos de Seven Bank en todo el país.

Puede utilizar su tarjeta My Number como tarjeta del seguro médico de forma continua

健康保険証としてずっと使えます

Aunque cambie de empleo, se mude o cambie de aseguradora médica, podrá seguir utilizando su tarjeta My Number como tarjeta del seguro médico. No será necesario esperar la emisión de una nueva tarjeta de seguro médico incluso si cambia su entidad aseguradora.

* Aun así, es necesario seguir realizando los trámites de notificación correspondientes al afiliarse, darse de baja o cambiar de aseguradora médica.

Verificación rápida de la afiliación al seguro médico

医療保険の資格確認をスムーズに行えます

Al acercar su tarjeta My Number al lector de tarjetas disponible en hospitales o farmacias, se podrá verificar de forma rápida su afiliación al seguro médico. Esto contribuye a mejorar la eficiencia en los procedimientos administrativos en la recepción de los centros médicos y farmacias.

No será necesario presentar el certificado de límite máximo de copago

限度額適用認定証等の提示が不要になります

Incluso si no presenta el Certificado de Aplicación del Límite Máximo de Copago, no tendrá que pagar en ventanilla los gastos médicos que superen dicho límite, gracias al sistema de altos gastos médicos.

* Las personas pertenecientes a hogares exentos del impuesto municipal que hayan estado hospitalizadas más de 91 días en los 12 meses anteriores a la fecha de solicitud, deberán presentar una solicitud ante la Sección de Seguro y Pensiones del ayuntamiento de su distrito para poder recibir una reducción adicional en los gastos de alimentación durante la hospitalización.

Puede consultar información específica sobre chequeos médicos, historial clínico, medicamentos y notificaciones de gastos médicos

特定健診情報や診療情報・薬剤情報・医療費通知情報が見られます

A través de Myna Portal, puede consultar los resultados de chequeos médicos de los últimos 5 años aproximadamente, así como la información sobre consultas médicas, medicamentos y notificaciones de gastos médicos a partir de septiembre de 2021 (Respecto a la información sobre consultas médicas, se incluyen únicamente los recibos presentados por los centros médicos a partir de junio de 2022). Le recomendamos utilizar esta información para el cuidado y manejo de su salud personal.

Puede compartir información de chequeos médicos, historial clínico y medicamentos con centros médicos

医療機関等に特定健診情報や診療情報・薬剤情報を提供できます

Con su consentimiento, puede compartir con centros médicos la información de los resultados de chequeos de los últimos 5 años aproximadamente, así como la información sobre consultas médicas y medicamentos a partir de septiembre de 2021.

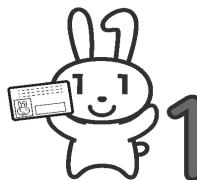
(En cuanto a la información de consultas médicas, incluye solo los recibos presentados por los centros médicos desde junio de 2022.)

Puede facilitar la deducción de gastos médicos en su declaración de impuestos

確定申告の医療費控除が簡単にできます

En el trámite de deducción por gastos médicos en la declaración de impuestos, ahora es posible ingresar automáticamente la información de gastos médicos a partir de septiembre de 2021 a través de Myna Portal (Para los gastos médicos anteriores a agosto de 2021, es necesario presentar los recibos o notificaciones de gastos médicos).

* Para más detalles, consulte el sitio web o la aplicación de Myna Portal.



Myna-chan,
la mascota PR del My Number

Myna Portal

 Buscar

Inscripción / 加入

Asegurado, documentos de comprobación de la afiliación, etc.

被保険者・資格確認書等

Inscrto(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.

* Las personas que figuran en el registro de residentes (incluidas aquellas que, aunque no figuren en el registro de residentes, se considera que permanecerán en Japón por más de tres meses) deben inscribirse en el Seguro Nacional de Salud. 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.

Sobre MyNa hokenshō (tarjeta My Number de seguro)

マイナ保険証について

El sistema ha pasado a basarse principalmente en la atención médica mediante la tarjeta My Number registrada para su uso como tarjeta del seguro de salud (denominada tarjeta My Number de seguro o “MyNa hokenshō”. A quienes no posean una tarjeta My Number de seguro, se les entregará un certificado de verificación de elegibilidad (shikaku kakuninsho).

<Resumen del método de consulta médica>

Personas que no tienen la tarjeta My Number de seguro	Certificado de verificación de elegibilidad
Personas que tienen la tarjeta My Number de seguro	Tarjeta My Number de seguro * En los casos en que no haya lector de la tarjeta My Number de seguro, es posible recibir atención médica presentando: “la tarjeta My Number de seguro + el aviso de información del seguro” o “la tarjeta My Number de seguro + la pantalla del portal Myna Portal”.

<Sobre el Certificado de Verificación de Elegibilidad>

Se entrega un Certificado de verificación de elegibilidad a las personas que estén afiliadas al Seguro Nacional de Salud y no posean la tarjeta My Number registrada como tarjeta del seguro. Este certificado cumple la función de un comprobante que permite recibir atención médica.

<Sobre el Aviso de Información de Elegibilidad>

A las personas que estén afiliadas al Seguro Nacional de Salud y posean una tarjeta My Number registrada para su uso como tarjeta del seguro de salud (MyNa Hokenshō), se les entregará un Aviso de Información de Elegibilidad en caso de que se produzca algún cambio en los datos de su afiliación. Las personas que tengan la tarjeta My Number registrada como tarjeta del seguro (MyNa Hokenshō), pueden, por lo general, utilizarla directamente para recibir atención médica. En los casos en los que el centro médico no cuente con un lector de tarjetas My Number, también será posible recibir atención presentando de manera conjunta: “la tarjeta MyNa Hokenshō y el Aviso de Información de Elegibilidad”, o bien, la “tarjeta MyNa Hokenshō y la pantalla de información de elegibilidad del portal Myna Portal”.

Inscripción / 加入

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.)

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. Por favor, acuda a realizar el trámite llevando un documento en el que se pueda verificar la fecha en la que comenzó su afiliación al nuevo seguro 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

- (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.)

- (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 elegibilidad para el seguro de salud, 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 se beneficie de Seguro Nacional de Salud, esa persona tendrá que restituir posteriormente el 70% (o 80%) correspondiente a los gastos hospitalarios. En caso de haberse afiliado al 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 / 給付

Reintegro de los gastos de tratamiento médico

療養の給付

Si presenta su tarjeta MyNa Hokenshō o certificado de verificación de elegibilidad 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 mayores detalles, vea la siguiente información.	20% / 30%
Personas que no correspondan al anterior		30%

Pago / 給付

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 1º día de cada mes.

Emisión del certificado de verificación de elegibilidad y otros documentos

資格確認書等の交付

A las personas que no posean la tarjeta My Number registrada como tarjeta del seguro de salud (MyNa Hokenshō), se les enviará el certificado de verificación de elegibilidad a finales del mes en el que cumplan 70 años. (cuando la fecha de nacimiento es el día 1, se enviará a finales del mes anterior al mes del cumpleaños). Este certificado podrá utilizarse desde el mes siguiente al mes de su cumpleaños (o desde el mes del cumpleaños, si su fecha de nacimiento es el día 1).

Las personas que poseen la tarjeta MyNa Hokenshō pueden continuar utilizándola tal cual. Además, se entregará un aviso de información de elegibilidad que permite confirmar su porcentaje de copago personal.

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	
		Reducción o exoneración	Prórroga de pago
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 resida 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)	Paciente interno y externo (*2, *3)
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)	Paciente interno y externo (*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)	Paciente interno y externo (*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.

Pago / 給付

Reintegro de los gastos médicos

療養費の支給

Reintegro de los gastos médicos

療養費の支給

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 factura y comprobante de pago, 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:	Documentos necesarios para la solicitud
1	En el caso de no poder beneficiarse del Seguro, por motivo de enfermedad repentina, emergencia u otros motivos de fuerza mayor. (*1) (Por ejemplo, en caso de no poder presentar la tarjeta MyNa Hokenshō o el certificado de verificación de elegibilidad, entre otras situaciones similares.)	(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) Carta de instrucciones (certificado) de un médico (2) Recibo y descripción detallada
3	Al acceder a un tratamiento ortopédico de un fisioterapeuta de judo (*3) (presentando la tarjeta MyNa Hokenshō o el certificado de verificación de elegibilidad, 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 el documento para verificar la identidad personal 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 una firma del titular o un sello personal (sello personal (inkan) 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.

Pago / 給付

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 la tarjeta MyNa Hokenshō o el certificado de verificación de elegibilidad.

Pago / 給付

Gastos de traslado

移送費の支給

Cuando un paciente con dificultad de desplazamiento necesita cambiar de hospital urgentemente para recibir atención médica de emergencia por instrucciones de un médico y cuando el Seguro Nacional de Salud lo considera necesario según su valoración, se pagará el monto aprobado en la valoración como gastos de traslado.

* No se pagarán gastos de traslado por conveniencia propia (traslado a un hospital cerca de su casa), traslado para realizar las pruebas y traslado para regresar a su casa después de salir del hospital o para recibir servicios ambulatorios.

* 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.

Documentos necesarios para la solicitud

- Documento de identificación personal
- Opinión del médico que compruebe la necesidad del traslado.
- Recibo de los gastos de traslado (que indique el recorrido del traslado y la distancia)
- 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 una firma del titular o un sello personal (sello personal (inkan) a nombre de la cabeza de familia y con tinta roja).

Pago / 給付

Tarifa media de la dieta durante la hospitalización

(Al 1 de junio del 2026)

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 de ingresos			Valor de pago por comida
Tributo municipal por hogar			¥550
Familia exenta del impuesto municipal	Días de internación en los últimos 12 meses	Hasta 90 días	¥270
		91 días o más	¥220

Tarifa media de la dieta durante la hospitalización para los pacientes internados de menores de 70 años o más			
Clasificación de ingresos			Valor de pago por comida
Aquél que tiene un ingreso similar al de un trabajador en servicio activo y aquél con ingreso común			¥550
Bajo ingreso II	Días de internación en los últimos 12 meses	Hasta 90 días	¥270
		91 días o más	¥220
Bajo ingreso I			¥130

Pago / 給付

Tarifa media de los servicios durante la hospitalización

(Al 1 de junio del 2026)

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 ¥430. 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)		
Clasificación de ingresos	Cargo de alimentos por comida	Gastos de estadía (1 día)
Hogares pasibles del impuesto del ciudadano	¥550 [¥510] (*)	¥430
Hogares exentos del impuesto del ciudadano (*)	¥270	

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	Cargo de alimentos por comida	Gastos de estadía (1 día)
Aquél que tiene un ingreso similar al de un trabajador en servicio activo y aquél con ingreso común	¥550 [¥510] (*)	¥430
Bajo ingreso II	¥270	
Bajo ingreso I	¥160	

* Varía dependiendo de la institución médica. Pregunte a la institución médica por el valor correspondiente.

Reintegro de la diferencia del costo de pago estándar

標準負担額差額支給

Cuando se vio obligado a pagar la tarifa normal por no poder verificar la elegibilidad en línea o por no poder presentar el “Certificado de Aplicación del Valor Límite del Seguro Nacional de Salud y de Autorización de Reducción del Valor Básico del Pago”, se reintegrará la diferencia en base a la solicitud.

* 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

- Documento de identificación personal
- 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 una firma del titular o un sello personal (sello personal (inkan) a nombre de la cabeza de familia y con tinta roja).

Pago / 給付

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.

<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.

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

Clasificación de ingresos	Pago máximo para paciente externo (por individuo) (Valor mensual)	Pago máximo para paciente interno o familia (por familia) (Valor mensual)
Ingresos similares a un trabajador activo III	$¥252.600 + (\text{Costo del tratamiento} - ¥842.000) \times 1\%$ (Monto máximo a partir de la 4ª vez al año: ¥ 140.100)	
Ingresos similares a un trabajador activo II	$¥167.400 + (\text{Costo del tratamiento} - ¥558.000) \times 1\%$ (Monto máximo a partir de la 4ª vez al año: ¥ 93.000)	
Ingresos similares a un trabajador activo I	$¥80.100 + (\text{Costo del tratamiento} - ¥267.000) \times 1\%$ (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	Personas mayores de 70 años afiliadas al Seguro Nacional de Salud que pertenecen a Hogares donde la base imponible estándar del impuesto municipal de algún miembro de la familia es más de ¥6.900.000.
Ingresos similares a un trabajador activo II	Personas mayores de 70 años afiliadas al Seguro Nacional de Salud que pertenecen a Hogares donde la base imponible estándar del impuesto municipal de algún miembro de la familia es entre ¥3.800.000 y ¥6.900.000.
Ingresos similares a un trabajador activo I	Personas mayores de 70 años afiliadas al Seguro Nacional de Salud que pertenecen a Hogares donde la base imponible estándar del impuesto municipal de algún miembro de la familia es entre ¥1.450.000 y ¥3.800.000.
General	- Personas con Ingresos similares a un trabajador activo que cumplen los requisitos de aprobación de la solicitud de la página 8 y que pertenecen a Hogares que pagan el 20%. - Entre “General, Bajos ingresos II, Bajos ingresos I” de página 8, 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 Hogares exentos del impuesto municipal donde el jefe del hogar y todos los afiliados al Seguro Nacional de Salud son exentos, y al deducir los gastos corrientes y el valor deducible (*) por clasificación de ingresos, resulta en ¥0 en todas las clasificaciones (para el cálculo de gastos médicos de agosto del 2021 y posteriores, si se incluyen ingresos provenientes de salarios, se deduce ¥100.000 de los ingresos provenientes de salarios para determinar si es eligible). * El valor de exención de la pensión pública se calcula como ¥806.700.

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.
- (9) En caso de las personas menores de 70 años, el cálculo se basa en los detalles del honorario de atención médica (prescripción) de montos mayores a ¥21.000 que asume el asegurado, y en caso de las personas mayores de 70 años, se basa en los detalles del honorario de atención médica (prescripción) de todos los montos.
 - * Los detalles del honorario de atención médica (prescripción) es un documento adjunto de la “Factura del honorario de atención médica (prescripción)” que se entrega a la aseguradora para facturar la atención médica (prescripción) realizada por la institución médica. Se describe el contenido de atención médica (prescripción) y los gastos incurridos para cada mes.

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.
- * Los gastos de tratamiento médico de alto costo se pagará en base a los “detalles del honorario de atención médica (prescripción)” enviados de la institución médica al Seguro Nacional de Salud del Gobierno Municipal de Yokohama, por lo tanto, tenga en cuenta que si está atrasado el envío de los “detalles del honorario de atención médica (prescripción)”, se atrasará también el envío del formulario de solicitud y la notificación de devolución.
- * 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 auto-pago

あらかじめ自己負担額までの支払いにする方法

Gracias a la verificación en línea de la elegibilidad que realizan las instituciones médicas, se puede confirmar la categoría de aplicación del límite máximo de copago. Por lo tanto, el pago mensual puede limitarse al monto máximo correspondiente a su categoría de copago. En principio, no es necesario presentar un certificado en papel, como el Certificado de Reconocimiento para la Aplicación del Límite Máximo.

Pago / 給付

Gastos unificados de cuidados médicos a largo plazo de alto costo

高額介護合算療養費

Reintegro de gastos unificados de cuidados médicos a largo plazo de alto costo

高額介護合算療養費の支給

Cuando la suma del “valor del seguro nacional de salud asumido por el asegurado (*1)” y el “valor del seguro de cuidado a largo plazo asumido por el usuario (*2)” en un año (desde agosto de cada año hasta finales de julio del siguiente año) en un hogar excede el techo máximo del valor de auto-pago, se reintegrarán los excedentes en concepto de “Gastos unificados de cuidados médicos a largo plazo de alto costo” al realizar la solicitud. A las personas consideradas como calificadas para el reintegro, se enviará el formulario y el aviso. Llene el formulario y envíelo a la Sección de Seguros de la División de Seguros y Pensiones de la municipalidad.

* Tenga en cuenta que, no podrá realizar la solicitud porque caduca a dos años a partir del siguiente día de la fecha de referencia (en principio, el 31 de julio de cada año. Si pierde la elegibilidad por el fallecimiento, etc., el día anterior a la fecha de pérdida).

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

Clasificación de ingresos	Techo máximo del valor de auto-pago del Seguro nacional de salud + Seguro de cuidado a largo plazo (anual)
A	¥2.120.000
B	¥1.410.000
C	¥670.000
D	¥600.000
E	¥340.000

(Los requisitos de la clasificación de ingresos son los mismos de los gastos de tratamiento médico de alto costo.)

<Techo máximo del valor de auto-pago para personas de 70-74 años>

Clasificación de ingresos	Techo máximo del valor de auto-pago del Seguro nacional de salud + Seguro de cuidado a largo plazo (anual)
Ingresos similares a un trabajador activo III	¥2.120.000
Ingresos similares a un trabajador activo II	¥1.410.000
Ingresos similares a un trabajador activo I	¥670.000
General	¥560.000
Bajos ingresos II	¥310.000
Bajos ingresos I	¥190.000

(Los requisitos de la clasificación de ingresos son los mismos de los gastos de tratamiento médico de alto costo.)

*1 Cuando corresponde a gastos de tratamiento médico de alto costo, se reintegrará hasta el techo máximo del valor de auto-pago de los gastos de tratamiento médico de alto costo. En caso de las personas menores de 70 años, se reintegrará el pago parcial de más de ¥21.000 por mes (calendario) para cada institución médica.

No se incluyen gastos no cubiertos por el seguro como tarifa de habitación individual, tarifa de certificado de diagnóstico, etc., tampoco los gastos de alimentación y estadía asumidos por el asegurado durante la hospitalización.

*2 Cuando corresponde a gastos de servicios de cuidados a largo plazo de alto costo, se reintegrará hasta el techo máximo del valor de auto-pago de los gastos de servicios de cuidados a largo plazo de alto costo. No se incluyen gastos de alimentación, alojamiento, remodelación de la vivienda, compra de productos para el bienestar, etc.

Pago / 給付

Subsidio único por parto y puericultura

出産育児一時金

Pago de un subsidio único por parto y puericultura

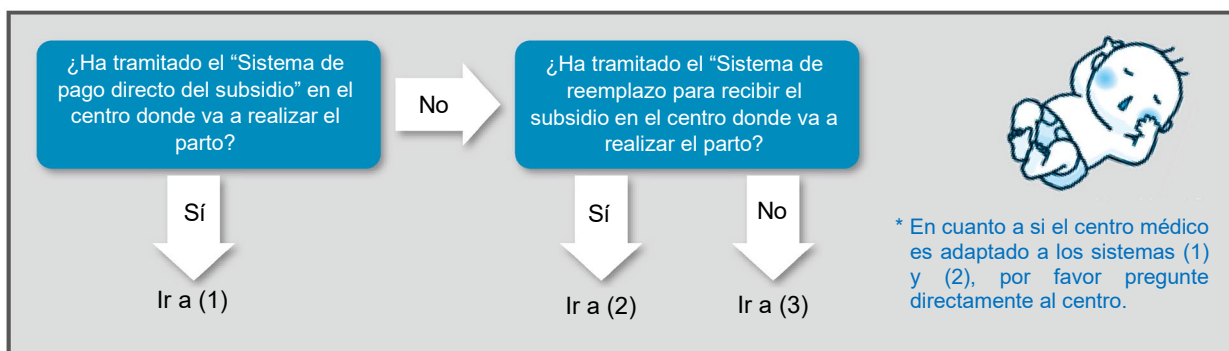
出産育児一時金の支給

Valor del subsidio: ¥500.000

- <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.

Modo de solicitud

申請の方法



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

Es un sistema donde la institución médica realiza los trámites para solicitar y recibir el pago de subsidio único de parto y puericultura a través del contrato con el jefe del hogar quien debe realizar estos trámites. 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 ¥500.000 (¥488.000 para quienes queden fuera del sistema de compensación para atención obstétrica.) al momento de recibir el alta.

<Nota> Si los gastos de parto son inferiores al monto equivalente al subsidio único por parto y puericultura (¥500.000), se reintegrará la diferencia para completar los ¥500.000 al realizar la solicitud en la Sección de Seguros de la División de Seguros y Pensiones de la municipalidad de su distrito. En la solicitud será necesario presentar:

- Documento de identificación personal
- 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 una firma del titular o un sello personal (sello personal (inkan) 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 ¥500.000 (en caso de que no sea aplicable el sistema de obstetricia compensación, ¥ 488.000.) al momento del alta.

<Nota> Si los gastos de parto son inferiores al monto equivalente al subsidio único por parto y puericultura (¥500.000), se reintegrará la diferencia para completar los ¥500.000.

(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.

- Documento de identificación personal
 - 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 una firma del titular o un sello personal (sello personal (inkan) 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.

Pago / 給付

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 para la solicitud:

- Certificado médico
- Documento de identificación personal
- 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 una firma

Pago / 給付

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 para la solicitud

- Documentos para verificar la identidad del solicitante
- Documentos para verificar a la persona que realizó el funeral y la fecha del funeral (recibo y factura de la funeraria o carta de agradecimiento, etc.)
- Libreta bancaria o número de la cuenta bancaria

* En caso de transferencia bancaria a una cuenta distinta de la del solicitante, se requiere una firma del titular o un sello personal ("inkan" que contenga el nombre del solicitante y que se estampe utilizando tinta roja tradicional (shuniku), a nombre del cabeza de familia y con tinta roja).

* 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.

Pago / 給付

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.

Pago / 給付

Al involucrarse en accidentes de tránsito, etc.

交通事故などにあったとき

Al involucrarse en accidentes de tránsito o agresiones

交通事故・傷害事件にあったときは

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.

Principales casos de lesiones y enfermedades causadas por terceros

- (1) Accidentes de tránsito (2) Lesiones causadas por riña o violencia
- (3) Lesiones causadas por mascotas de terceros (4) Intoxicación alimentaria en los restaurantes
- (5) Accidentes dentro de un establecimiento o por un objeto

Siempre notifique a la municipalidad

Cuando recibe tratamiento utilizando el Seguro Nacional de Salud, siempre entregue la “Notificación de lesiones y enfermedades causadas por terceros” (*). También se requiere el certificado de accidentes de la policía, etc., por lo que consulte inmediatamente con la Sección de Seguros de la División de Seguros y Pensiones de la municipalidad de su distrito.

* La ley obliga notificar.

Sin embargo, en los siguientes casos ...

- (1) Lesiones o enfermedades laborales
No podrá hacer uso del Seguro Nacional de Salud porque se aplica el Seguro de accidentes laborales, o el empleador asumirá los gastos según la Ley Básica de Trabajo. Si ya utilizó el Seguro Nacional de Salud para recibir tratamiento, entregue inmediatamente la “Notificación de lesiones y enfermedades causadas por negligencia propia y en el trabajo” a la sección de Seguros de la División de Seguros y Pensiones de la municipalidad de su Distrito.
- (2) Actos ilícitos como conducir en estado de ebriedad o conducir sin licencia de conducir
Es posible que algunas o todas las prestaciones sean limitadas, y que no pueda utilizar el Seguro Nacional de Salud.

Los gastos médicos serán abonados por el infractor

En caso de lesiones y enfermedades causadas por actos de terceros incluyendo accidentes de tránsito o agresiones, el infractor deberá asumir los gastos de tratamiento según el porcentaje de negligencia.

Por lo tanto, cuando recibe tratamiento utilizando el Seguro Nacional de Salud, los gastos de tratamiento que debe asumir el infractor serán pagados provisionalmente por el Seguro Nacional de Salud quien posteriormente, sustituyendo a la víctima, solicitará el reembolso al infractor, aunque esto no será posible sin la notificación realizada por la víctima.

Por otro lado, la víctima cobrará directamente al infractor el pago parcial desembolsado por la víctima.

Antes de realizar un acuerdo

Si la víctima y el victimario llegan a un acuerdo después de las negociaciones, en principio, los gastos de tratamiento posteriores a la fecha de acuerdo serán asumidos por la víctima. Asimismo, dependiendo del contenido del acuerdo, el Seguro Nacional de Salud no podrá cobrar al infractor o la víctima no podrá hacer uso del Seguro Nacional de Salud.

Cuando se pretende llegar a un acuerdo, comuníquese previamente con la Sección de Seguros de la División de Seguros y Pensiones de la municipalidad de su distrito, además, cuando se llega a un acuerdo, entregue inmediatamente una copia del acuerdo.

Cuota del seguro / 保険料

Modo de cálculo de la cuota del seguro

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 al monto de impuesto municipal sobre la renta correspondiente a la asistencia médica, apoyo a los adultos mayores, atención a largo plazo y cuidado de los hijos, y el monto del impuesto municipal per cápita del asegurado.

Cuota del seguro de su grupo familiar para el 2026

Prima para Asistencia médica (Monto límite: ¥670.000)	Prima para Apoyo a los adultos mayores (Monto límite: ¥260.000)	Prima para Atención a largo plazo (Monto límite: ¥170.000)	Prima para Cuidado de los hijos (Monto límite: ¥30.000)
Monto del impuesto municipal sobre la renta *1 Monto Total de referencia de los ingresos (*3) × Porcentaje de impuesto municipal sobre la renta para Asistencia médica 8.33% (* 8.49%) + Monto del impuesto municipal per cápita del asegurado *2 Porcentaje de impuesto municipal per cápita para Asistencia médica (monto) ¥40.870 (* ¥40.060)	Monto del impuesto municipal sobre la renta *1 Monto Total de referencia de los ingresos (*3) × Porcentaje de impuesto municipal sobre la renta para Apoyo a los adultos mayores 2.62% (* 2.66%) + Monto del impuesto municipal per cápita del asegurado *2 Porcentaje de impuesto municipal per cápita para Apoyo a los adultos mayores (monto) ¥13.380 (* ¥13.110)	Monto del impuesto municipal sobre la renta *1 Monto Total de referencia de los ingresos (*3) × Porcentaje de impuesto municipal sobre la renta para Atención a largo plazo 2.84% (* 2.81%) + Monto del impuesto municipal per cápita del asegurado *2 Porcentaje de impuesto municipal per cápita para Atención a largo plazo (monto) ¥16.200 (* ¥15.340)	Monto del impuesto municipal sobre la renta *1 Monto Total de referencia de los ingresos (*3) × Porcentaje de impuesto municipal sobre la renta para Cuidado de los hijos 0.34% (* - %) + Monto del impuesto municipal per cápita del asegurado *2 Porcentaje de impuesto municipal per cápita para Cuidado de los hijos (monto) ¥1.690 (* - %) + Monto de impuesto municipal per cápita de mayor de 18 años Porcentaje de impuesto municipal per cápita del asegurado mayor de 18 años para Cuidado de los hijos ¥80 (* - %)
		(Mayor de 40 años y menor de 65 años)	

*1 Calculado sobre la base del ingreso

*2 Calculado sobre la base del número de asegurados

*3 El “Monto Total de referencia de los ingresos” 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.

*4 Los asegurados menores de 18 años serán totalmente exentos del monto de impuesto municipal per cápita para Cuidado de los hijos.

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

Cuota del seguro / 保険料

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 inscripto 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 adicional para Atención a largo plazo (*) además del pago para Asistencia médica, Apoyo a los adultos mayores y Cuidado de los hijos.

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 inscripto en el Seguro Nacional de Salud.

Cuota del seguro / 保険料

Forma de abono de la cuota del seguro

保険料の納付方法

Solicitud de débito automático

口座振替の申込方法等について

Normalmente, el día de débito automático es el día 29 de cada mes de pago (de junio a marzo del siguiente año). Sin embargo, si cae en un día no hábil de la institución financiera, etc., el día de débito automático es el día hábil anterior. Cuando se incrementa el valor de la prima de seguro retroactivamente a partir de los años fiscales anteriores, es posible que se realice el débito automático en abril o mayo también.

Formulario de solicitud de débito automático

1. Solicitud mediante Pay-easy (disponible en 8 instituciones financieras)

Es un servicio para registrar el débito automático en una institución financiera a través de una red especializada donde el cliente utiliza su tarjeta de ATM de una institución financiera con su PIN.

2. Solicitud mediante el formulario de solicitud de débito automático (en físico)

Llene el formulario de solicitud de débito automático con los datos necesarios como la dirección, el nombre y el número de asegurado (el número que aparece en el recibo de pago, el aviso de información de elegibilidad, el certificado de verificación de elegibilidad, etc.), ponga su sello registrado en la institución financiera y entregue el formulario a la institución financiera donde tenga una cuenta de ahorro. Así mismo el formulario de solicitud de débito automático está disponible en las instituciones financieras y en la ventanilla de la Sección de Seguros de la municipalidad.

3. Solicitud en la página Web

También se puede solicitar a través de la página Web. Tenga a mano el número de asegurado (número que aparece en el comprobante de pago, en el aviso de información de elegibilidad, en el certificado de verificación de elegibilidad, entre otros documentos) y el número de cuenta de la institución financiera que desea utilizar, visite la página web del Gobierno Municipal de Yokohama y realice el trámite en “Servicio de recepción de solicitud de débito automático en la página Web (*)”.

* Para mayores detalles de la solicitud, escanee el código QR a la derecha (disponible solo versión en japonés).



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	Último día de junio
Julio	3 hojas	Julio	Último día de julio
		Agosto	Último día de agosto
		Septiembre	Último día de septiembre
Octubre	3 hojas	Octubre	Último día de octubre
		Noviembre	Último día de noviembre
		Diciembre	Último día de diciembre
Enero	3 hojas	Enero	Último día de enero
		Febrero	Último día de febrero
		Marzo	Último día de marzo

- * 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 por hoja, o los que estén sucios o doblados, etc.
- El pago puede realizarse también con su smartphone. Tenga en cuenta que es necesario registrarse a una de las siguientes aplicaciones de pago.

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

Gravamen especial (descuento automático de la pensión pública)

特別徴収(年金からの天引き)について

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 los hogares cuyo jefe de familia está inscrito en el Seguro Nacional de Salud y cuya prima del seguro se descuenta de la pensión, así como aquellos en los que todos los asegurados tienen más de 65 años y menos 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.

Cuota del seguro / 保険料

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 2025, 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 2025)	Reducción de la parte equitativa
$¥430.000 + ¥100.000 \times (\text{el número de personas que ganan sueldo (*2) - 1}) \text{ o inferior}$	Reducción del 70%
$¥430.000 + (¥310.000 \times \text{el número de personas aseguradas (*3)}) + ¥100.000 \times (\text{el número de personas que ganan sueldo (*2) - 1}) \text{ o inferior}$	Reducción del 50%
$¥430.000 + (¥570.000 \times \text{el número de personas aseguradas (*3)}) + ¥100.000 \times (\text{el número de personas que ganan sueldo (*2) - 1}) \text{ o inferior}$	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 (75 años o mayor), 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 (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

未就学児の被保険者均等割額の減額

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 ¥580.000.

*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 ¥580.000 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 por persona asegurada menor de 16 años.

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

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

Reducción de la prima del seguro para las personas aseguradas que hayan dado a luz (a partir de enero de 2024)

出産被保険者の保険料の減額 (令和6年1月から)

Cuando en el hogar haya una persona asegurada del Seguro Nacional de Salud que haya dado a luz (*), se aplicará una reducción de hasta 4 meses en la prima del seguro correspondiente a dicha persona.

* Persona asegurada del Seguro Nacional de Salud que haya dado a luz (incluye parto a partir de 85 días de gestación —equivalente a 4 meses—, incluyendo partos naturales, mortinatos, abortos espontáneos, partos prematuros o abortos inducidos). Para más detalles sobre el procedimiento de notificación, consulte con la Sección de Seguro y Pensiones (Hoken Nenkin-ka) de la oficina del distrito (ward office) donde reside.

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.

	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 de la página 27).	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.

Cuota del seguro / 保険料

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. Además, puede llegar la carta de ultimátum y el aviso de embargo con notificación previa, etc.

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

También es posible que se le envíe un mensaje directamente a su teléfono móvil.

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 anormalidades en los lípidos.	Análisis de sangre (triglicéridos en ayunas, 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 (AST, ALT, γ-GT)
	Si hay anormalidades 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 la “tarjeta MyNa Hokenshō o el certificado de verificación de elegibilidad” entre otros documentos. Por favor lleve un “cupón para la realización de exámenes”, “cuestionario médico” y la “tarjeta MyNa Hokenshō o el certificado de verificación de elegibilidad” entre otros documentos 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 el Certificado de verificación de elegibilidad o Aviso de información de elegibilidad para cada individuo y todos pagarán la prima del seguro.

* La emisión se inicia a partir del 1 de agosto del 2026 para personas portadores de tarjeta My Number de seguro menores de 84 años.

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:
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 verificación de elegibilidad o aviso de información de elegibilidad

資格確認書または資格情報のお知らせの交付

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

資格情報のお知らせ

あなたの加入する後期高齢者医療制度の資格情報を下記のとおりお知らせします。
なお、このお知らせのみでは受診できません。

被保険者番号	00000000
氏名	後期 太郎
負担割合	1割
有効期限	○年○月○日
発効期日	○年○月○日
交付年月日	○年○月○日

スマートフォンをお持ちの方は、以下の QR コードからマイナポータルにログインすることで、
ご自身の健康保険の資格情報を確認することができます。ぜひご利用ください。
— マイナポータルへのアクセス・ダウンロードはこちら —



マイナ保険証の読み取りができない、明外的な場合は、スマートフォンの資格情報画面をマイナ保険証とともに医療機関等の受付で提示することで受診いただけます。（スマートフォンをお持ちでない方は、この文書をマイナ保険証とともに医療機関等の受付で提示することで受診いただけます。）

このカードは必要に応じ、マイナ保険証と併せて医療機関等に提示ください。下部を切り離してご利用いただけます（この告知のみでは受診できません）

ジェネリック医薬品希望カード 医師・薬剤師の診療へ ジェネリック医薬品 （後発医薬品）を希望します。	マイナ保険証 （後発医薬品）を希望します。	資格情報のお知らせ ○年○月○日発行 （保険者番号） 被保険者番号 00000000 氏名 後期 太郎 負担割合 1割 有効期限 ○年○月○日 受診の際にはマイナ保険証がなくても構いません
---	--------------------------	---

後期高齢者医療資格確認書

有効期限 令和○年○月○日
交付年月日 令和○年○月○日

被保険者番号 12345678

住所 ○○市○○区○○○

氏名 広田太郎 性別 男

生年月日 ○○年○月○日

資格取得年月日 ○○年○月○日

負担割合 1割

発効期日 令和○年○月○日

制限区分 発効期日

表紙入印

特記事項

健康保険番号 3 9 1 1 4 0 0 0 0 0 0
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 印

Modo de consulta al médico

お医者さんのかかり方

Presente el “Certificado de verificación de elegibilidad para el Seguro Médico de Personas Mayores”, o la tarjeta My Number de seguro (MyNa hokenshō) en la recepción.

En la ventanilla, Usted deberá pagar el porcentaje correspondiente de gastos médicos según los ingresos, puede ser el 10%, 20% o 30%.

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

Primas de seguro

保険料について

Es una fuente de financiamiento indispensable para mantener el sistema. Las primas consisten en el “monto de impuesto municipal sobre la renta” equivalente que corresponde a todos los asegurados en forma igualitaria, y el “monto de impuesto municipal per cápita” de ingresos que corresponde a los asegurados según sus ingresos. A partir del año fiscal 2026, además de la prima de Seguro para Asistencia médica, también deberán pagar las primas para Cuidado de los hijos y Subsidio Infantil, y se establecerá el “monto del impuesto municipal sobre la renta” y “monto del impuesto municipal per cápita” para cada pago de prima. El “monto del impuesto municipal sobre la renta” y el “porcentaje de impuesto municipal sobre la renta” se determinan en cada federación intermunicipal organizada en cada prefectura, y todos los municipios que pertenecen a la misma federación intermunicipal mantienen los mismos valores. El techo de la prima de seguro es de ¥850.000 al año para Asistencia médica y ¥21.000 al año para Cuidado de los hijos. Asimismo, hay un programa de reducción de las primas para las personas de escasos recursos y las personas que eran dependientes de los asegurados del seguro para asalariados. En caso de que surjan situaciones que no permiten pagar las primas de seguro, consulte con la Sección de Seguros de la División de Seguros y Pensiones de la municipalidad de su distrito.

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, tenga en cuenta que, lo anterior no se aplica a las personas que están internadas en el hogar de ancianos especial donde se aplica el seguro de cuidados a largo plazo ni a las personas hospitalizadas por más de 6 meses consecutivos.

[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 personas con discapacidad severa

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 personas con discapacidad severa?

重度障害者医療費助成とは

Es un sistema para las personas con discapacidad severa afiliadas al seguro de salud donde el Gobierno Municipal de Yokohama asume los gastos médicos por enfermedades y lesiones cubiertos por el seguro que debe pagar el asegurado. Para las personas que se encuadran en dicha categoría, se entregará el “Certificado de Tratamiento Médico para Personas con Discapacidad Severa”.

(Los gastos no cubiertos por el seguro, tales como la diferencia de precio por el uso de habitación individual durante la internación, los costes de documentos, coste de examen médico, tarifa adicional por no presentar carta de remisión, etc., no son contemplados por este subsidio.)

Personas que se pueden beneficiar

対象となる方

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

Cuando se consulta a un médico

お医者さんにかかるとき

Muestre su Tarjeta My Number de seguro (MyNa Hokenshō) o el Certificado de verificación de elegibilidad y el certificado de tratamiento médico para personas con discapacidad severa 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 personas con discapacidad severa, 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:

Documentos necesarios para la solicitud

- Tarjeta de discapacitado físico o de discapacitado mental (Ai-no-techo), etc.
- Documento que demuestre el contenido del seguro de salud (“Certificado de elegibilidad”, “Aviso de información de elegibilidad”, “Información de elegibilidad del seguro de salud en Myna Portal”, etc.)

Cuando no es posible utilizar el certificado de tratamiento médico para personas con discapacidad severa

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 el certificado de tratamiento médico para personas con discapacidad severa 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, en caso de ser una persona que cumpla los requisitos para el Sistema de Seguro Médico para Personas Mayores recibe atención médica en una institución médica dentro de la prefectura

- Certificado de tratamiento médico para personas con discapacidad severa, documento que demuestre el contenido del seguro de salud (“Certificado de elegibilidad”, “Aviso de información de elegibilidad”, “Información de elegibilidad del seguro de salud en Myna Portal”, etc.)

* En caso de transferencia bancaria a una cuenta distinta de la del solicitante, se requiere el sello personal (sello utilizado con tinta roja (shuniku)) de la persona autorizada (solicitante) en el formulario de solicitud.

- 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 ahorro de la institución financiera para la transferencia bancaria o tarjeta de retiro
- 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) En caso de que aquellas personas que son elegibles para el sistema de atención de salud para los ancianos de edad avanzada reciban atención médica en un centro médico ubicado fuera de la prefectura

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 para las familias de madre o padre solteros afiliadas al seguro de salud donde el Gobierno Municipal de Yokohama asume el pago parcial individual de gastos de atención médica por enfermedades y lesiones cubiertos por el seguro que debe pagar el asegurado. Las personas que se encuadran en este sistema recibirán 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 uso de habitación individual durante la internación, los costes de documentos, coste de examen médico, tarifa adicional por no presentar carta de remisión, etc., no son contemplados por este subsidio.)

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.

(1番)

④ 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、後述のとおりに「ひとり親家庭等医療費助成」に関する条例により医療費の一部を助成されることとなります。	
発行局課	横 濱 市 長
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面又は3面に氏名の欄が空いている方のみです。

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, la tarjeta MyNa Hokenshō o certificado de verificación de elegibilidad 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 padres solteros, realice la solicitud con el funcionario encargado de pago de la Sección de Seguros de la División de Seguros y Pensiones de la Municipalidad de su distrito llevando a mano los siguientes documentos.

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.)
- Documento que demuestre el contenido del seguro de salud (“Certificado de elegibilidad”, “Aviso de información de elegibilidad”, “Información de elegibilidad del seguro de salud en MyNa Portal”, etc.)

- Otros
 - En caso de que hubiera discapacitado en la familia: Documento que compruebe el grado de deficiencia (Por ejemplo, Tarjeta de Discapacitado Físico, Certificado 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

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

親 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 funcionario encargado de pago de la Sección de Seguros de la División de Seguros y Pensiones s de la municipalidad.

Documentos necesarios para la solicitud

- Tarjeta de tratamiento médico de asistencia social, documento que demuestre el contenido de seguro de salud (“Certificado de elegibilidad”, “Aviso de información de elegibilidad”, “Información de elegibilidad del seguro de salud en Myna Portal”, etc.)
 - * En caso de transferencia bancaria a una cuenta distinta de la del solicitante, se requiere el sello personal (sello utilizado con tinta roja (shuniku)) de la persona autorizada (solicitante) en el formulario de solicitud.
 - Recibo del tratamiento (En que consten todos los ítems de tratamiento por el seguro.)
 - Libreta bancaria o tarjeta de ATM de la institución financiera para recibir la transferencia
- * 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.

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 para los niños residentes de la Ciudad de Yokohama y afiliados al seguro de salud donde el Gobierno Municipal de Yokohama asume el pago parcial individual de gastos de atención médica por enfermedades y lesiones cubiertos por el seguro que debe pagar el asegurado. (Los gastos no cubiertos por el seguro, tales como la diferencia de precio por el uso de habitación individual durante la internación, los costes de documentos, coste de examen médico, tarifa adicional por no presentar carta de remisión, etc., no son contemplados 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 – hasta el fin de año fiscal de 18 años
Sujeto a los subsidios	Paciente interno o externo
Gastos cubiertos	Monto del pago individual cubierto por el seguro
Contenido del subsidio	Subvención completa

Sistema de subsidios para los gastos de tratamiento médico infantil

申請の手続と利用のしかた

Se debe solicitar en el funcionario encargado de pago de la Sección de Seguros de la División de Seguros y Pensiones s de la municipalidad. Se emitirá la Tarjeta de Tratamiento Médico.

Documentos necesarios para la solicitud

- Documento que demuestre el contenido de seguro de salud del niño (“Certificado de elegibilidad”, “Aviso de información de elegibilidad”, “Información de elegibilidad del seguro de salud en MyNa Portal”, etc.)

Renovación de la tarjeta de asistencia médica 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 asistencia médica 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 asistencia médica pediátrica, la tarjeta MyNa Hokenshō o certificado de verificación de elegibilidad a la institución médica.
→ No es necesario pagar el monto asumido por el asegurado.
- Institución médica fuera de la prefectura de Kanagawa:
Pague una parte del monto asumido por el asegurado en la institución médica.
→ Realice la solicitud de reembolso con el funcionario encargado de pago de la Sección de Seguros de la División de Seguros y Pensiones de la municipalidad.

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

- Tarjeta de asistencia médica pediátrica, documento que demuestre el contenido de seguro de salud del niño (“Certificado de elegibilidad”, “Aviso de información de elegibilidad”, “Información de elegibilidad del seguro de salud en Myna Portal”, etc.)

Lo que se requiere para el reintegro

- Tarjeta de asistencia médica pediátrica, documento que demuestre el contenido del seguro de salud del niño (“Certificado de elegibilidad”, “Aviso de información de elegibilidad”, “Información de elegibilidad del seguro de salud en Myna Portal”, etc.)
 - * En caso de transferencia bancaria a una cuenta distinta de la del solicitante, se requiere el sello personal (sello utilizado con tinta roja (shuniku)) 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.
- Libreta bancaria o tarjeta de ATM de la institución financiera para recibir la transferencia

* 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. Tenga cuidado que no será elegible transcurridos 5 años a partir del día 1º del siguiente mes después de haber recibido el tratamiento médico.

¡A partir de abril del año 2025, la tarjeta sanitaria My Number (MyNa Hokenshō) puede usarse como certificado médico (como el Certificado Médico Infantil, el Certificado Médico de Bienestar y el Certificado Médico para Personas con Discapacidad Grave)!

Hasta ahora, para utilizar el sistema de ayuda médica de la ciudad de Yokohama, era necesario presentar tanto la tarjeta del seguro de salud como el certificado médico correspondiente en la ventanilla del centro médico. Sin embargo, desde el 10 de abril del año 2025, es posible recibir dicha ayuda utilizando únicamente la tarjeta sanitaria My Number (MyNa Hokenshō). Además, ahora también se puede consultar la información del certificado médico a través de Myna Portal (la plataforma en línea del gobierno).

Para utilizar este servicio, es necesario contar con una tarjeta sanitaria My Number (MyNa Hokenshō).

Tenga en cuenta que hay instituciones médicas que aún no están preparadas para este sistema, por lo que se recomienda llevar también el certificado médico en papel al momento de la consulta. (Los certificados médicos en papel seguirán siendo emitidos como hasta ahora).

Para la información de los centros médicos que aceptan la tarjeta My Number de seguro como certificado médico, vea la siguiente página Web de la Agencia Digital.

* Vea la “Lista de centros médicos y farmacias equipados con el sistema de verificación de elegibilidad en línea para subsidios de gastos médicos” en [2. Situación de los proyectos anticipadamente realizados] de la página indicada de la Agencia Digital.



Instituciones hospitalarias con atención nocturna y días feriados

夜間・休日急患診療所

● Atención nocturna

Centro Médico Nocturno de Emergencia

Días de atención: Todos los días

Nombre	Dirección	Número de teléfono (*1)	Especialidades	Horario
Centro de Atención de Emergencia Nocturna de la Ciudad de Yokohama	1-1 Sakuragi-cho, Naka-ku	212-3535	Clínica General, Pediatría, Oftalmología, Otorrinolaringología	20:00 – 24:00
Centro de Atención de Emergencia Nocturna de la Región Norte de la Ciudad de Yokohama	1-23-4 Ushikubo-Nishi, Tsuzuki-ku	911-0088	Clínica General, Pediatría	
Centro de Atención de Emergencia Nocturna de la Región Sudoeste de la Ciudad de Yokohama	5-1-5, Izumi-chuo Kita, Izumi-ku	806-0921	Clínica General, Pediatría	

● Atención en días feriados

Clínicas de emergencia en los feriados

Días de atención: Domingos, días festivos y vacaciones de fin de año y Año Nuevo (desde el 30 de diciembre hasta el 3 de enero)

Nombre	Dirección	Número de teléfono (*1)	Especialidades	Horario
Distrito de Aoba	31-21 Ichigao-cho, Aoba-ku	973-2707	Clínica General, Pediatría	9:00 – 12:00 13:00 – 16:00
Distrito de Asahi	1-88-16 Futamatagawa, Asahi-ku	363-2020		10:00 – 16:00
Distrito de Izumi	5-1-5, Izumi-chuo Kita, Izumi-ku	806-0921		
Distrito de Isogo	1-3-13, Isogo, Isogo-ku	753-6011		
Distrito de Kanagawa	Haato yu Kanagawa 3F 1-8-4 Tanmachi, Kanagawa-ku	317-5474		
Distrito de Kanazawa	48 Kanazawa-cho, Kanazawa-ku	782-8785		
Distrito de Konan	7-29 Konan-Chuo-dori, Konan-ku	842-8806		
Distrito de Kohoku	7-8-27 Kikuna, Kohoku-ku	433-2311		
Distrito de Sakae	635-15 Kuden-cho, Sakae-ku	893-2999		
Distrito de Seya	489-46 Futatsubashi-cho, Seya-ku	360-8666		
Distrito de Tsuzuki	1-23-4 Ushikubo-Nishi, Tsuzuki-ku	911-0088		

Distrito de Tsurumi	3-4-22 Tsurumi-Chuo, Tsurumi-ku	503-3851	Clínica General, Pediatria	10:00 – 16:00
Distrito de Totsuka	4141-1 Totsuka-cho, Totsuka-ku	861-3335		
Distrito de Naka	2-353 Honmoku-cho, Naka-ku	622-6372		
Distrito de Nishi	1-15-18 Chuo, Nishi-ku	322-5715		
Distrito de Hodogaya	1-21 Tenno-cho, Hodogaya-ku	335-5975		
Distrito de Midori	3-16-2 Nakayama, Midori-ku	937-2300		
Distrito de Minami	4-76-1 Shuku-cho, Minami-ku	711-7000		

● Atención odontológica nocturna y en días feriados

	Dirección	Número de teléfono (*1)	Días de atención	Hours of treatment
Centro de Tratamiento Odontológico de la Ciudad de Yokohama (*2)	6-107 Aioi-cho, Naka-ku	201-7737	(Atención nocturna) Todos los días	19:00 – 23:00 (La recepción Cierra a las 22:30)
			(Atención en días feriados) Domingos, días festivos y vacaciones de fin de año y Año Nuevo (desde el 29 de diciembre hasta el 4 de enero)	10:00 – 16:00 (La recepción Cierra a las 15:30)
Centro de Atención de Emergencia Nocturno del Distrito de Kanazawa	48 Kanazawa-cho, Kanazawa-ku	782-8785	Domingos, días festivos	10:00 – 12:00
			Del 30 de diciembre al 3 de enero, y vacaciones de mayo	10:00 – 16:00

*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覧

* 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	13 min a pie desde la estación "Kanazawa Hakkei" de Keikyu y Seaside Line, 11 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 y subterráneo	(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**

[Horario de atención] 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	Número de 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, Honcho, 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.lg.jp

Notifique sin falta en estos casos

こんなときは忘れずに届出を

Cuando haya cambiado la elegibilidad del Seguro Nacional de Salud, etc., el Jefe de familia (o la persona que aparece en el mismo Registro de Residente) deberá notificar ante la División de Seguros y Pensiones de la Municipalidad del distrito donde reside dentro de los 14 días siguientes, presentando documentos de identidad de la persona notificante.

- Al afiliarse al Seguro Nacional de Salud de la Ciudad de Yokohama
- Al dar de baja el Seguro Nacional de Salud de la Ciudad de Yokohama
- Otros
 - Cambio de domicilio dentro de la misma ciudad
 - Cambio de nombre o jefe de familia
 - Cambio de residencia hacia fuera de la ciudad para estudiar
 - Pérdida de certificado de elegibilidad, etc.

* Para documentos necesarios de notificación, vea la página Web de la Ciudad de Yokohama.



Información de solicitud en línea y por correo postal

オンライン・郵送申請のご案内

Se acepta la solicitud en línea o por correo postal para los siguientes trámites.

* Para la información de solicitud en línea, vea la página Web de la Ciudad de Yokohama.

* Para envío por correo postal, escanee aquí.



○ Notificación de pérdida de elegibilidad para el Seguro Nacional de Salud debido a la afiliación al Seguro de salud del centro de trabajo. ○ Notificación de afiliación al Seguro Nacional de Salud debido a la pérdida de elegibilidad para el Seguro de salud del centro de trabajo ○ Notificación de afiliación al Seguro Nacional de Salud por nacimiento ○ Reducción de la prima de seguro para personas aseguradas que hayan dado a luz (reducción prenatal y posparto)	
○ Solicitud de pago de tarifa adicional por no presentar carta de remisión ○ Solicitud de pago de gastos médicos importantes ○ Solicitud de pago de diferencia de gastos médicos que asumen los adultos mayores menores de 75 años ○ Solicitud de pago de subsidio único para parto y cuidado de los hijos ○ Solicitud de pago de gastos funerarios	

Instamos a utilizar la Tarjeta My Number de seguro

マイナ保険証の利用をぜひご検討ください

Las ventajas de la Tarjeta My Number de seguro (tarjeta de My Number registrada para utilizar como tarjeta de seguro de salud)

- Usted recibirá mejor asistencia médica basada en los medicamentos recetados y los datos de atención médica en el pasado.
- No será necesario pagar grandes cantidades en caso de intervención quirúrgica u hospitalización repentina.
- Usted podrá verificar la elegibilidad del seguro médico.
- Será utilizada para los primeros auxilios adecuados durante el traslado de emergencia, así como para la selección del hospital.

* Para la información de la Tarjeta My Number de seguro, vea la página Web de la Ciudad de Yokohama.

