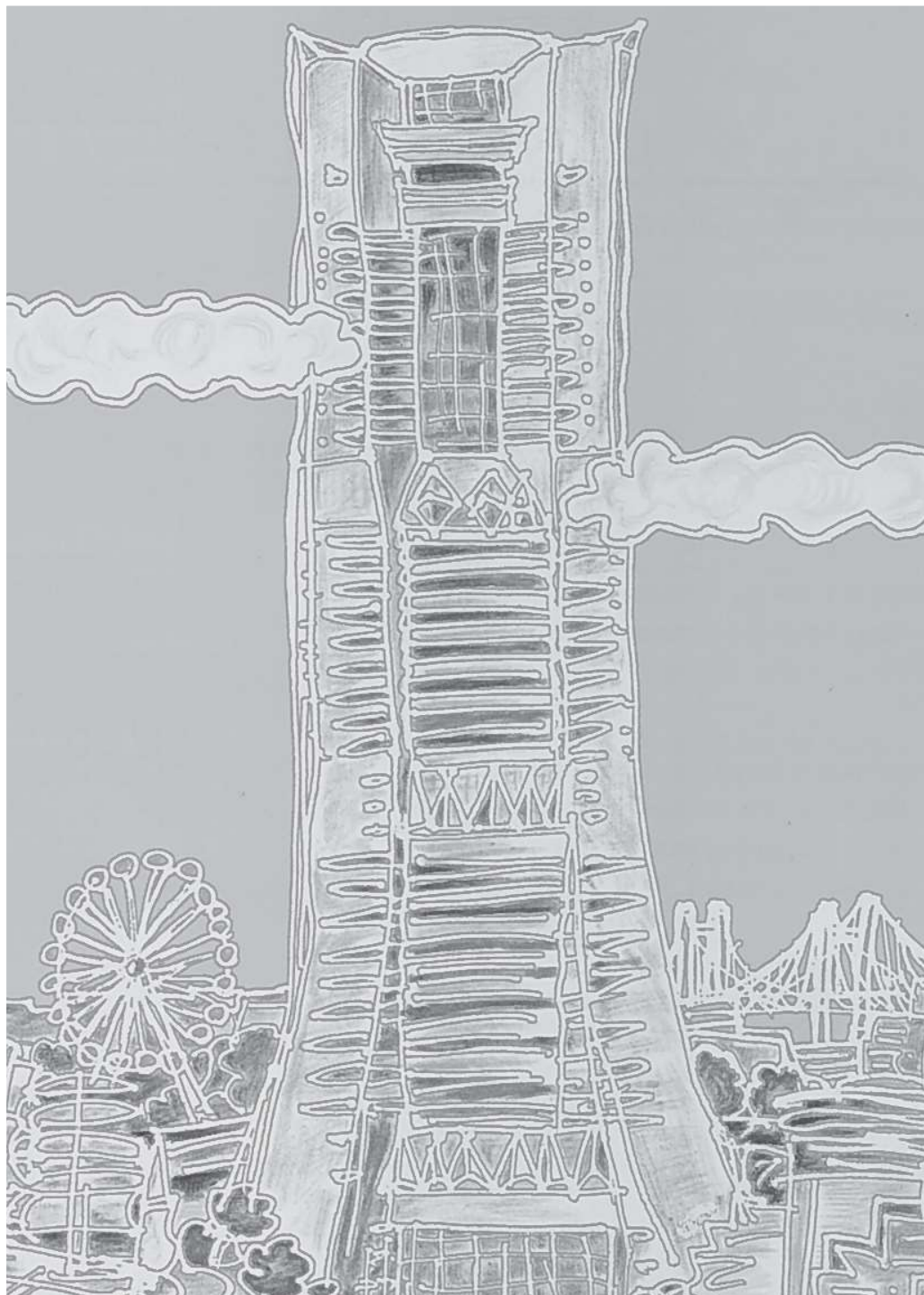


SEGURO NACIONAL DE SAÚDE

GUIA

Ano Fiscal de 2020



CIDADE DE YOKOHAMA
(ポルトガル語版)

INDICE

O que é o Seguro Nacional de Saúde?	1
国民健康保険ってなに？	
Inscrição: Seguroado, certificado do seguro	2
加入 被保険者・保険証	
Entrega de Comunicados	3
届出	
Pagamento: Despesa padrão de refeição e tratamento durante a internação	4
給付 入院時食事療養標準負担額	
Despesa padrão de utilidades e tratamento durante a internação	5
入院時生活療養標準負担額	
Restituição de pagamento das despesas médicas	6
療養費の支給	
Despesas de tratamento médico em consultas feitas nos centros de cuidados de enfermagem	7
訪問看護療養費	
Despesas de traslado	7
移送費の支給	
Restituição do pagamento das despesas de tratamento médico de alto valor	7
高額療養費の支給	
Pagamento da parcela única para parto e puericultura e das despesas de funeral	10
出産育児一時金・葬祭費の支給	
Subsídios para a criação de criança deficiente	12
障害児育児手当金	
Subsídios por doença ou deficiência (Doença infecciosa causada pelo novo coronavírus).....	12
傷病手当金（新型コロナウイルス感染症）	
Casos em que não é possível receber tratamentos médicos através do Seguro Nacional de Saúde	13
国民健康保険で診療を受けられない場合	
Ao ser envolvido em um acidente de trânsito, etc.....	14
交通事故などがあったときは	
Taxa de seguro: Modo de cálculo da taxa de seguro	15
保険料 保険料の計算	
Determinação e alteração da taxa de seguro	16
保険料額の決定・変更	
Modo de pagamento da taxa de seguro	17
保険料の支払方法	
Redução ou isenção da taxa de seguro	18
保険料の減額及び免除	
Falta de pagamento da taxa de seguro	19
保険料の滞納	
Pessoas com mais de 70 anos de idade	20
70 歳以上の方	
Exames de saúde especificados / Orientação médica específica.....	23
特定健康診査・特定保健指導	
Sistema de tratamento de saúde para idosos	25
後期高齢者医療制度	
Sistema de subsídios de despesas de tratamento médico para pessoas portadoras de deficiência grave	27
重度障害者医療費助成事業	
Atividades de auxílio de tratamento médico à família com somente um dos pais	29
ひとり親家庭等の医療費助成	
Sistema de subsídios para as despesas de tratamento médico infantil.....	31
小児医療費助成事業	
Instituições hospitalares que atendem à noite e nos feriados.....	34
夜間・休日急患診療所	
Lista do Setor de Seguro da Seção de Seguro e Pensão da Prefeitura	36
区役所保険年金課保険係一覧	
Seção de seguro nacional de saúde da prefeitura municipal	36
市役所国民健康保険担当課	
Seguro Nacional de Saúde: Na ocorrência dos seguintes casos, notifique sem falta	37
国民健康保険、こんな時には忘れずに届け出を	

O que é o Seguro Nacional de Saúde?

国民健康保険ってなに？

É um sistema de auxílio mútuo.

お互いの助けあいの制度です

Todos nós queremos viver com saúde. Porém, infelizmente, não sabemos quando vamos adoecer ou sofrer acidentes. Para prevenir esses problemas e receber um tratamento com segurança, devemos estar inscritos em um seguro de saúde.

O Seguro Nacional de Saúde é um sistema de ajuda mútua em que os inscritos colaboram com uma cota em dinheiro para os casos de necessidade.

Seguro Nacional de Saúde

国民健康保険とは

O sistema de seguro de saúde inclui o seguro de saúde para as pessoas que trabalham e são afiliadas através da sua empresa, seguro de saúde para idosos, ou seja, para as pessoas com mais de 75 anos de idade, e o seguro nacional de saúde, que aceita a inscrição das pessoas não inclusas nos casos anteriores.

O Seguro Nacional de Saúde (conhecido por “Kokuho”) é constituído por unidade de regiões, sendo administrado pelas cidades, vilas e aldeias, bem como províncias.

As pessoas que estão listadas no registro de residência (inclusive as pessoas que não estão listadas, mas que possuem um visto de permanência de 3 meses ou mais) devem inscrever-se no seguro de saúde nacional, a menos que estejam afiliados ao seguro de saúde através do seu emprego ou estejam cobertas pelo sistema de seguro de saúde para idosos (ou recebendo outros benefícios sociais). As pessoas cuja permissão de permanência é para “atividades especiais”, nas quais recebam cuidado médico ou deem cuidado diário para outros que recebam cuidado médico, ou que realizem atividades semelhantes de turismo e recreação, etc, ou cônjuges que acompanharão as atividades semelhantes de turismo e recreação, etc, e que realizarão as atividades semelhantes de turismo e recreação, etc, pessoas cuja permissão de permanência tenha expirado ou que não possuem permissão de residente, não podem inscrever-se no seguro de saúde nacional.

O tratamento médico é coberto pela taxa de seguro.

医療費は保険料で支えられています

Simultaneamente ao “direito” de receber tratamento médico através do seguro, a pessoa inscrita no Seguro Nacional de Saúde tem a “obrigação” de pagar a taxa de seguro.

Recebimento de tratamento médico

療養の給付

Apresentando o Certificado do Seguro no balcão do hospital ou da clínica, pode-se receber tratamento médico mediante o pagamento de 30% (ou 20%) das despesas médicas.

Recebimento do Seguro Nacional de Saúde

国民健康保険の給付とは

A pessoa inscrita no Seguro Nacional de Saúde poderá receber tratamento médico em caso de doença ou ferimento, ou importância em dinheiro, em caso de nascimento ou falecimento.

Você tem conhecimento dos medicamentos genéricos?

ジェネリック医薬品（後発医薬品）をご存じですか？

Medicamentos genéricos são medicamentos farmacêuticos que são produzidos e distribuídos após a expiração da proteção da patente original (novos medicamentos), mas têm os mesmos ingredientes eficazes.

Ponto 1: Usualmente, eles são mais baratos do que os medicamentos originais. Eles contribuem para a redução da quantidade do pagamento individual, bem como para a melhoria do financiamento do seguro nacional da Cidade de Yokohama.

Ponto 2: A eficácia e segurança são virtualmente iguais às dos medicamentos originais. As formas e cores dos medicamentos podem ser diferentes.

Ponto 3: Os medicamentos genéricos podem não existir necessariamente para todos os remédios. Eles também podem não estar disponíveis devido à política de tratamento dos médicos, devido à condição de estoque das instalações médicas e farmácias, etc.

★ Caso queira a prescrição médica com medicamento genérico, consulte o seu médico ou farmacêutico.

A respeito do “Comunicado sobre despesa de tratamento médico”

「医療費のお知らせ」について

Enviamos, uma vez por ano ao chefe de família, o “Comunicado sobre despesa de tratamento médico” que mostra o valor total da despesa médica de todos os membros da família que consultaram instituição médica.

Esse Comunicado é enviado para que os segurados aprofundem o seu conhecimento sobre o mecanismo de cobertura de despesas médicas do seguro de saúde nacional e sobre a própria saúde. Ademais, o comunicado de despesas médicas pode ser utilizado na redução do imposto de renda por despesas médicas. (caso ninguém da família tenha feito a consulta, não será enviado).

★ Quanto à manipulação de dados individuais do “Comunicado sobre despesa de tratamento médico”

Envio, ao chefe de família, de “Comunicado sobre despesa de tratamento médico” referente a todos os membros da família corresponde à entrega de dados individuais aos terceiros. No entanto, tendo em vista à dificuldade de consultar previamente a intenção de cada um dos membros, desde que não haja solicitação específica, considera-se que se obteve seu consentimento, em conformidade com Manual de Orientações do governo.

Caso deseje interrupção do envio de Comunicado, solicite ao Setor de Seguro da Seção de Seguro e Pensão da Prefeitura do seu bairro.

Entrega de Comunicados

届出

Nos casos abaixo, notifique sem falta:

こんなとき必ず届出を

Na ocorrência dos casos abaixo relacionados, comunique o Setor de Seguro da Seção de Seguro e Pensão da Prefeitura do Bairro onde reside, dentro de 14 dias.

- ① Ao ingressar ou se retirar do seguro de saúde da empresa.
- ② Quando houver alteração no endereço, nome ou o chefe de família.
- ③ Em caso de nascimento ou falecimento de algum segurado.
- ④ Ao iniciar ou terminar o recebimento do auxílio-sobrevivência.
- ⑤ Quando reside em outra cidade, vila ou aldeia diferente à da família, por motivo de estudo.
- ⑥ Ao retornar ao país de origem (**comunique, sem falta, antes de retornar ao país de origem**), ao sair do Japão, ao reentrar no Japão.

* Os documentos necessários para os trâmites constam na página 37.

Perguntas e respostas

P: Estava inscrito no seguro de saúde nacional, mas recentemente ingressei no seguro de saúde através da empresa onde comecei a trabalhar. Os trâmites de mudança serão feitos automaticamente?

R: A alteração não é automática. Favor declarar a mudança, apresentando o novo certificado do seguro de saúde, o Certificado do Seguro Nacional de Saúde e o “inkan” (carimbo pessoal). Após confirmar o código, número, etc. do novo certificado do seguro de saúde, será recolhido o Certificado do Seguro Nacional de Saúde.



Data de ingresso e retirada do Seguro Nacional de Saúde

国民健康保険に加入する日, やめる日

<p>Dia de ingresso no Seguro Nacional de Saúde</p>	<ol style="list-style-type: none"> ① A data de mudança de um país estrangeiro ou outra cidade, vila ou aldeia. ② Dia em que perder o direito de segurado do seguro de saúde da empresa (No dia seguinte ao da demissão da empresa ou no dia em que deixou de ser dependente.) ③ Dia do nascimento do segurado. ④ Dia em que deixar de receber o auxílio-sobrevivência.
<p>Dia de retirada do Seguro Nacional de Saúde (Dia em que o certificado se torna inválido)</p>	<ol style="list-style-type: none"> ① Dia de mudança para outra cidade ou vila. ② Dia em que ingressar no seguro de saúde da empresa. ③ Dia seguinte ao do falecimento do segurado. ④ Dia em que passar a receber o auxílio-sobrevivência. ⑤ Dia seguinte ao do retorno ao país de origem. ⑥ Dia seguinte ao dia de expiração do visto de permanência.

Perguntas e respostas

P: O que acontece se eu me atrasar em ingressar no Seguro?

R: Como você não possui o Certificado do Seguro, caso receba tratamento médico durante esse período, você terá que efetuar o pagamento total das despesas e, além disso, será necessário pagar as taxas atrasadas retroativamente.

P: O que acontece se eu me atrasar em comunicar o desligamento?

R: Caso uma pessoa que tenha perdido a qualificação utilizar despropositadamente o Certificado do Seguro ainda em seu poder, esta deverá restituir posteriormente os 70% (ou 80%) das despesas hospitalares. Ao ingressar no seguro de saúde da empresa em que começou a trabalhar, a pessoa deve tomar cuidado para não utilizar o Certificado do Seguro Nacional de Saúde, e comunicar ao órgão competente logo que o certificado de seguro da empresa ficar pronto.

Pagamento: Despesa padrão de refeição e tratamento durante a internação

給付：入院時食事療養標準負担額

Quanto às despesas das refeições feitas durante a internação, o segurado deverá pagar a parte das despesas correspondentes aos materiais alimentícios, como sendo valor de pagamento padrão (por refeição, no máximo 3 vezes por dia). O restante será coberto pelo Seguro Nacional de Saúde.

A despesa padrão não se enquadra em despesa de tratamento de alto valor.

Despesa padrão de refeição e tratamento durante a internação dos pacientes com menos de 70 anos de idade			
Classificação			Valor a pagar por refeição
Segurados sujeitos ao imposto residencial			¥460
Família isenta do imposto residencial	Dias de internação nos últimos 12 meses	Até 90 dias	¥210
		91 dias ou mais	¥160

* As pessoas com mais de 70 anos de idade devem consultar a Página 22.

Certificado de Aplicação do Valor-Limite do Seguro Nacional de Saúde e da Autorização de Redução do Valor Básico de Pagamento

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証

A pessoa que pertence a uma família isenta do pagamento de imposto residencial deve solicitar a “Certificado de Aplicação do Valor-Limite do Seguro Nacional de Saúde e a Autorização de Redução do Valor Básico de Pagamento” ao Setor de Seguro da Seção de Seguro e Pensão do Distrito do distrito onde reside e, após emitidos os documentos, pode exibi-los no guichê de instituições médicas para reduzir os custos aos valores básicos de pagamento da tabela acima.

Restituição da diferença do valor do pagamento padrão

標準負担額差額支給

No caso de se efetuar o pagamento normal das despesas devido à impossibilidade de apresentar o Certificado de Reconhecimento da Redução do Valor, a diferença será restituída mediante requerimento.

* Tome cuidado, pois, transcorridos 2 anos desde o pagamento à instituição hospitalar, não será possível mais requerer a quantia devido à perda de validade.

Documentos necessários

- Certificado do Seguro
- “Inkan” (carimbo pessoal) (pode ser assinatura, no caso de a pessoa estar habituada a isso.)
- Recibo
- Caderneta de depósito bancário ou número da conta bancária, etc

Despesa padrão de utilidades e tratamento durante a internação

入院時生活療養標準負担額

Para obter o balanço dos custos com o seguro de cuidados de enfermagem, as pessoas com mais de 65 anos hospitalizadas para tratamento médico devem pagar uma quantia estabelecida de acordo com sua renda, ou seja, as despesas hospitalares referentes às refeições (comida e preparação) e alojamento (utilidades).

Para paciente que apresenta estado prolongado de necessidade de internação, será coberto a despesa de alimentação em valor igual ao valor padrão de refeições durante a internação, mas não haverá cobertura da despesa de estadia. Consulte a instituição médica para verificar em qual das duas coberturas corresponde. A despesa padrão não se enquadra em despesa de tratamento de alto valor.

Despesa padrão de utilidades e tratamento durante a internação dos pacientes com mais 65 e menos de 70 anos de idade (refeições e utilidades)		
Classificação de renda	Custo por refeição	Custo de utilidades por dia
Segurados sujeitos ao imposto residencial	¥460 [¥420] (*2)	¥370
Segurados isentos do imposto residencial (*1)	¥210	

* As pessoas com mais de 70 anos de idade devem consultar a Página 22.

*1 Esta é uma classificação para segurados nas quais o chefe da família e os beneficiários do seguro nacional de saúde (membros do seguro nacional de saúde) são todos isentos do imposto residencial. A classificação do estado do segurado é feita com base no imposto residencial para o ano fiscal anterior, se o mês de hospitalização for de abril a julho, e para o ano fiscal atual no período de outros meses. Esta classificação não é aplicável se houver qualquer membro na família cuja renda não possa ser confirmada.

*2 Difere de acordo com a instituição médica. Consulte a sua instituição médica para saber as quantias aplicadas.

Certificado de Aplicação do Valor-Limite do Seguro Nacional de Saúde e da Autorização de Redução do Valor Básico de Pagamento

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証

Os detalhes são os mesmos da Despesa padrão de refeição e tratamento durante a internação na página 4. Ele se aplica também à solicitação da diferença do valor de despesas diárias durante internação hospitalar.

Restituição de pagamento das despesas médicas

療養費の支給

Restituição das despesas médicas... Caso em que é possível receber a restituição

療養費の支給——払戻しが受けられる場合

No caso da tabela abaixo, deve-se primeiro pagar o valor total das despesas médicas à instituição médica e posteriormente fazer a solicitação junto ao Setor de Seguro da Seção de Seguro e Pensão do Distrito, mediante entrega de documentos necessários como a carteira do seguro, carimbo (ou assinatura, caso costume assinar), o formulário de solicitação, entre outros.

Após a avaliação e aprovação pelo seguro nacional de saúde, será restituída uma quantia equivalente a 70% da parcela aplicável ao seguro. (A quantia será de 80% para crianças que ainda não estão na escola primária, e de 80% e 70% para as pessoas com mais de 70 anos de idade.)

Pedimos a sua compreensão pois, devido à avaliação, leva-se de 2 a 3 meses até a restituição.

* Atenção, pois o prazo expira após 2 anos do pagamento da despesa e a solicitação não poderá ser feita.

	No caso de:	O que é necessário para o requerimento
1	Caso não puder usar o Certificado do Seguro devido a doença súbita, emergência ou outros motivos de força maior. (1*) (Por exemplo, quando não puder levar o Certificado do Seguro.)	(1) Recibo dos gastos médicos (2) Especificação detalhada onde esteja claro o conteúdo do tratamento e o nome da lesão ou da doença.
2	No caso de confecção de aparelhos para tratamento, tais como cintas corretivas, etc., após obter a aprovação do médico. (2*)	(1) Parecer do médico (2) Recibo e especificação.
3	Ao receber tratamento ortopédico de um fisioterapeuta de judô (3*) (Apresentando o Certificado do Seguro, há casos em que será necessário pagar somente uma parte do tratamento mediante o “pagamento pelo tratamento recebido”. (*4))	(1) Recibo (2) Especificação detalhada onde esteja claro o conteúdo do tratamento.
4	Ao receber tratamentos como acupuntura, moxabustão ou massagem, com a devida concordância do médico (apresentando o cartão de seguro, há casos em que se necessita pagar somente uma parte do tratamento mediante o “pagamento pelo tratamento recebido”. (*4))	(1) Recibo (2) Especificação detalhada onde esteja claro o conteúdo do tratamento. (3) Carta de concordância do médico
5	Caso receber tratamento médico em uma instituição hospitalar no exterior, devido à ocorrência de doença ou ferimento repentino. (*5)	(1) Recibo e especificação detalhada (2) Especificação detalhada onde esteja claro o conteúdo do tratamento e o nome da lesão ou da doença. (3) Tradução para o japonês de (1) e (2) (4) Original do passaporte da pessoa que se submeteu ao tratamento. (*6) (5) Termo de consentimento (*7)
No momento da solicitação, deve-se apresentar o Certificado de Seguro, “inkan” (carimbo pessoal) (pode ser assinatura, no caso de a pessoa estar habituada a isso), caderneta de depósito bancário ou cópia do número da conta bancária, etc.		

- Os documentos necessários para o requerimento são encontrados no balcão da Seção de Seguro da Prefeitura do Bairro.
- Dentre as despesas aprovadas pelo seguro, poderá haver parte das despesas que o segurado deve pagar (parte arcada pelo segurado) que se enquadre nas despesas de tratamento médico de alto valor.

Consulte “Restituição do pagamento de despesas de tratamento médico de alto valor”.

*1 As despesas para o transporte de órgãos para transplante também são elegíveis para o recebimento restituição de despesas de tratamento médico. É preciso um documento de opinião médica sobre a necessidade do transporte, o recibo das despesas com o transporte (documentos com detalhes de locais pelos quais foi transportado, distância etc.)

*2 A partir de abril de 2018, passou a ser necessária também a data que o médico do seguro verificou o uso dos equipamentos terapêuticos, além do nome completo do protesista ortopédico responsável pela confecção dos equipamentos. (no caso de calçados ortopédicos, é necessário também anexar a foto do equipamento referido (que permita verificação do produto real que será utilizado pelo cliente).)

*3 É preciso ter o consentimento de um médico para receber tratamento de um fisioterapeuta de judô de uma fratura ou luxação.

*4 O “Pagamento pelo tratamento recebido” é o método pelo qual a pessoa que fez o tratamento consigna o saldo do pagamento parcial que deve ser coberto (20%, 30%) no caso de tratamento.

*5 Gastos de viagens para fins de tratamento não se enquadram neste caso. Da mesma forma, não se enquadram os tratamentos médicos não cobertos pelo seguro no Japão.

*6 Caso não seja possível confirmar os fatos relacionados a viagens, deve-se requerer uma solicitação de divulgação do registro de imigração ao Ministério da Justiça e apresentar um documento que comprove sua saída para o exterior e seu regresso ao Japão.

*7 Em relação ao conteúdo do requerimento, há casos em que faremos uma confirmação às instituições hospitalares locais, portanto pediremos que escrevam um termo de consentimento da pessoa quem recebeu o tratamento médico.

Despesas de tratamento médico em consultas feitas nos centros de cuidados de enfermagem

訪問看護療養費

Caso um paciente com enfermidade de tratamento difícil ou deficiência de natureza grave utilize o centro de cuidados de enfermagem conforme a orientação de seu médico particular, ele pagará somente a taxa de utilização. O resto será arcado pelo Seguro Nacional de Saúde a título de “Despesas de Tratamento Médico em Consultas feitas no Centro de Cuidados de Enfermagem”. Contudo, as despesas de transporte necessárias para ir ao centro ficarão por conta do paciente. E, para utilizar o centro de cuidados de enfermagem, é necessário apresentar o Certificado de Seguro.

Despesas de traslado

移送費の支給

As despesas de traslado são reembolsadas aos pacientes quando a Autoridade do Seguro Nacional de Saúde reconhece a necessidade de transferência de pacientes que apresentam sintomas que dificultam sua transferência, mas que requerem tal transferência porque não é possível oferecer o tratamento médico suficiente com as instalações da instituição médica atual, sendo transferidos para outra instituição médica no caso de uma emergência mediante a orientação do médico responsável, etc. (Caso utilize para pacientes de ambulatório o seguro não cobrirá os gastos.)

* Repare que o período de validade para as solicitações de reembolso é de dois anos após o pagamento das despesas. As solicitações de reembolso feitas após esse período não serão aceitas.

<Itens necessários para a solicitação da restituição>

- Certificado de Seguro
- Parecer do médico que comprove a necessidade de traslado
- “Inkan” (carimbo pessoal) (Pode ser assinatura, no caso de a pessoa estar habituada a isso.)
- Recibo das despesas de traslado (que indique o trecho de traslado e a distância)
- Caderneta de depósito bancário ou cópia do número da conta bancária

Restituição do pagamento das despesas de tratamento médico de alto valor

高額療養費の支給

Caso em que se pode receber a restituição

支給が受けられる場合

Quando as despesas médicas de um mês pagas pelo membro do seguro nacional de saúde forem altas, a porção das contas médicas que exceder uma certa quantia pode ser reembolsada posteriormente, se o requerimento para o reembolso for aceito como despesas médicas altas. Caso o requerimento seja aprovado, a pessoa receberá posteriormente a restituição da parte que ultrapassar o valor estabelecido como despesas de tratamento médico de alto valor.

Todos os anos, a decisão da classificação entre janeiro e julho é realizada de acordo com o valor da renda de dois anos anteriores, e entre agosto e dezembro, do ano anterior. A decisão da classificação é realizada todos os anos em agosto, e em princípio, até julho do ano seguinte é aplicado a mesma classificação, porém se houver alterações nos membros da família, será decidida novamente.

Entretanto, verifique a quantia limite e as exigências de renda das pessoas com mais de 70 anos de idade na página 21.

Pagamento: Restituição do pagamento das despesas de tratamento médico de alto valor

(Valor máximo arcado pelo segurado com menos de 70anos (Valor mensal))

Classificação de renda	Valor máximo arcado pelo segurado (Valor mensal)
A	¥ 252.600 + (despesas médicas - ¥ 842.000) × 1% (Valor máximo a partir da 4ª vez: ¥ 140.100)
B	¥ 167.400 + (despesas médicas - ¥ 558.000) × 1% (Valor máximo a partir da 4ª vez: ¥ 93.000)
C	¥ 80.100 + (despesas médicas - ¥ 267.000) × 1% (Valor máximo a partir da 4ª vez: ¥ 44.400)
D	¥ 57.600 (Valor máximo a partir da 4ª vez: ¥ 44.400)
E	¥ 35.400 (Valor máximo a partir da 4ª vez: ¥ 24.600)

As exigências de renda de cada classificação de renda são conforme segue:

Classificação de renda	Exigências de renda
A	Famílias com ¥9.010.000 ou mais de quantia total da renda bruta padrão de todos os membros inscritos no Seguro de Saúde Nacional. Caso haja alguém que não possa verificar a renda também será assim classificado.
B	Famílias com ¥6.000.000 ou mais e abaixo de ¥9.010.000 de quantia total da renda bruta padrão de todos os membros inscritos no Seguro de Saúde Nacional.
C	Famílias com ¥2.100.000 ou mais e abaixo de ¥6.000.000 milhões de quantia total da renda bruta padrão de todos os membros inscritos no Seguro de Saúde Nacional.
D	Famílias com ¥2.100.000 ou mais de quantia total da renda bruta padrão de todos os membros inscritos no Seguro de Saúde Nacional.
E	Famílias em que o chefe da família e todos os membros inscritos no seguro de Saúde Nacional são isentos do imposto residencial.

As pessoas inscritas no Seguro Nacional de Saúde com “qualificação de benefício especial” ou “perda de emprego por motivos especiais” do seguro de desemprego em virtude de desemprego causado por falência do empregador, demissão, etc., poderão receber redução da classificação de renda.

Para saber mais detalhes, por favor, consulte o Setor de Seguro da Seção de Seguro e Pensão da Prefeitura

Modo de cálculo do pagamento da parte arcada pelo segurado

一部負担金の計算方法

1. Cálculo mensal: O tratamento médico recebido desde o 1º até o último dia do mês é calculado como sendo 1 mês.
2. O cálculo é feito separadamente por cada hospital e clínica.
3. Internação e ambulatório: Mesmo em se tratando de um só hospital ou uma só clínica, os cálculos das despesas do ambulatório e da internação são feitos separadamente.
4. O tratamento odontológico é calculado separadamente: quando a clínica odontológica estiver acoplado à outras especialidades como, por exemplo, clínica geral, em um só hospital ou em uma só clínica, o tratamento odontológico será considerado separadamente, como de outro hospital ou de outra clínica.
5. Despesa padrão com refeições e tratamentos durante a internação. Não incluso na parte arcada pelo segurado para cálculo das despesas de tratamento médico de alto valor.
6. Diferença do preço do leito, etc.: Excluem os itens não inclusos no tratamento médico pelo seguro como, por exemplo, diferença de preço do leito quando da internação, etc.
7. Parte das despesas de tratamento médico arcada pelo segurado: Há alguns casos de serem considerados como despesas de tratamento médico de alto valor. Ver “Restituição do pagamento das despesas de tratamento médico”.
8. Caso pagar despesas de medicamento de receita médica fora do hospital: Em alguns casos, é possível serem consideradas como despesas de tratamento médico de alto valor.

* Ao mudar para um outro plano de seguro de saúde, será feito cálculos separados conforme os diferentes planos de seguro de saúde.

Modo de requerimento

申請の方法

Normalmente o comunicado e o formulário de requerimento são enviados no final do 2º mês após o mês correspondente ao tratamento médico de alto valor (por exemplo, se o tratamento recebido foi em abril, o cartão será enviado no final de junho). Faça o requerimento portando os seguintes documentos:

Documentos necessários

- Comunicado enviado
- Certificado do Seguro
- “Inkan” (carimbo pessoal) (pode ser assinatura, no caso de a pessoa estar habituada a isso.)
- Caderneta de depósito bancário ou número da conta bancária, etc

- * Se o comunicado e o formulário de requerimento não chegarem mesmo decorridos 3 meses após o mês correspondente ao tratamento médico, consulte o Setor de Seguro da Seção de Seguro e Pensão da Prefeitura do seu bairro.
- * O reembolso da despesa médica de alto valor será realizado com base no extrato enviado da instituição médica para Seção de Seguro de Saúde Nacional do município de Yokohama. Sendo assim, caso o envio do extrato estiver atrasado, o envio do comunicado e o formulário de requerimento também atrasará.
- * Tome cuidado, pois não é possível requerer a restituição depois de transcorridos 2 anos desde o dia 1º do mês seguinte ao do tratamento.

Método de definir o limite do valor arcado pelo segurado como limite máximo

あらかじめ自己負担額までの支払いにする方法

Apresente o “Certificado de Limite Aplicável do Seguro de Saúde Nacional”, que é emitido através de uma solicitação no Setor de Seguro da Seção de Seguro e Pensão da Prefeitura do Bairro onde reside, com o seu certificado de seguro no guichê de uma instituição médica, e o pagamento no guichê será feito apenas até o valor-limite da parcela do paciente.

Porém, caso haja não pagamento das taxas de seguro, pode não ser possível receber a “Certificação de Elegibilidade ao Valor Limite do Seguro de Saúde Nacional”

Redução, isenção ou adiamento do pagamento da parte arcada pelo segurado

一部負担金の減免及び徴収猶予

Caso tenha dificuldade em pagar a parte arcada pelo segurado no guichê da instituição médica por razão de ter sido afetado por desastres, doença ou desemprego, há casos em que é possível ser contemplado pelo sistema de redução, isenção ou adiamento do pagamento.

Para utilizar o sistema, é preciso fazer solicitação anexando documentos necessários como comprovante de renda ou certidão dos atingidos por desastres. Consulte o Setor de Seguro da Seção de Seguro e Pensão do Distrito de seu distrito com antecedência.

Classificação	Razão	Elegibilidade
Famílias contempladas pela Lei de Assistência em Desastres	Ao ser atingido por desastres em regiões contempladas pela Lei de Assistência em Desastres (ao ter dano de destruição ou queima total ou parcial da residência, inundação acima do nível do piso, quando a pessoa que provia a maior parte do sustento falecer etc.)	Internações e ambulatorio (*1)
Famílias atingidas por desastres	Ao ser atingido por terremotos, tufões, inundações, incêndios ou desastres similares e ter dano de destruição ou queima total ou parcial da residência, inundação acima do nível do piso (exceto famílias contempladas pela Lei de Assistência em Desastres).	Internações (*2)
Famílias com redução de renda	Ao ter a renda da família reduzida por doença, acidente, desemprego, má safra ou razões similares.	Internações (*2, *3)
Famílias com doentes	Famílias com dificuldade de subsistência por estar recebendo auxílio em razão de doença ou lesões	Internações (*2, *3)

*1 Por padrão, o período de isenção é de quatro meses a partir da data do desastre.

*2 Por padrão, o período de redução é de três meses.

*3 Por padrão, é necessária solicitação antes de realizar consulta na instituição médica.

Pagamento da parcela única para parto e puericultura e das despesas de funeral

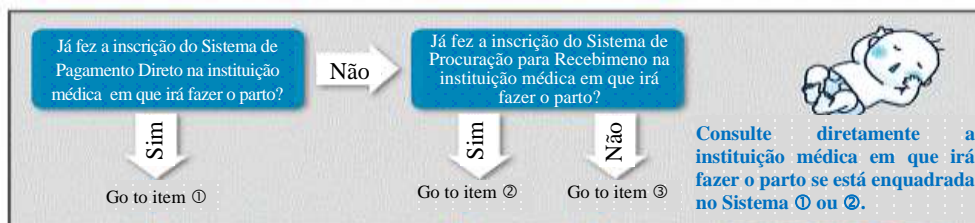
出産育児一時金・葬祭費の支給

Parcela única para parto e puericultura

出産育児一時金の支給

Valor do subsídio: ¥420.000

- Nota 1: Mesmo em caso de criança natimorta ou de aborto natural, se a gravidez tiver ultrapassado 12 semanas, a segurada receberá esse pagamento. Para isso, apresente o atestado médico comprovando o fato.
- Nota 2: Pessoas que tiveram parto dentro de 6 meses após sair da empresa podem escolher o Seguro de Saúde ou o Seguro Nacional de Saúde à qual havia aderido para receber o subsídio parto e maternidade pagamento único. (No entanto, elas devem ter trabalhado para a empresa durante pelo menos 1 ano ou mais.) Alguns seguros de saúde podem pagar uma quantia mais alta do que a quantia paga pelo Seguro Nacional de Saúde através dos seus próprios benefícios adicionais. Se este for o seu caso, informe-se com a companhia de seguro de saúde anterior. (Se houver algum pagamento de algum outro seguro de saúde, não será efetuado nenhum pagamento do Seguro Nacional de Saúde.)
- Nota 3: A expiração ocorrerá 2 anos após o parto e não poderá requerer depois disso, por isso esteja atento a esse prazo.



① Sistema de pagamento direto do pagamento de parcela única para parto e puericultura

Este é um sistema de pagamento de parcela única para parto e puericultura no qual as instituições médicas, etc. assinam um contrato e tomam os procedimentos necessários no nome do chefe da família da gestante para o requerimento e recebimento do pagamento da parcela única para parto e puericultura. Como o pagamento da parcela única para parto e puericultura é efetuado diretamente para as instituições médicas, etc., não é necessário pagar a quantia de ¥420.000 (¥404.000 para partos fora do sistema de com- pensação de tratamento obstétrico) do total das despesas de parto ao deixar o hospital.

Nota: Se as despesas para o parto forem inferiores à quantia do pagamento de parcela única para parto e puericultura (¥420.000), as mães podem fazer uma solicitação na Seção de Seguro e Pensão da Prefeitura do Bairro onde residem e receber a quantia da diferença desde o benefício de ¥420.000.

Na solicitação, é preciso apresentar o seguinte: ● Certificado do seguro nacional de saúde ● Carimbo pessoal (pode ser assinatura, no caso da pessoa habituada a fazer isso) ● Caderneta de saúde materno-infantil ● Caderneta bancária ou uma cópia do número da sua conta bancária, etc. ● Um documento que comprove as despesas com o parto emitido por uma instituição médica, etc. (recibo/extrato) ● Será necessário o Termo de acordo firmado nas instituições médicas (que conste o “Sobre a utilização do Sistema de pagamento direto”).

② Sistema de procuração para recebimento do pagamento de parcela única para parto e puericultura

Sistema no qual a gestante com parto previsto confia o recebimento da parcela única para parto e puericultura a instituições médicas ou similares que estejam no sistema de procuração para recebimento (a instituição médica deve satisfazer determinados requisitos e estar cadastrada no Ministério da Saúde, Trabalho e Previdência Social) mediante preenchimento de requerimento determinado pelo governo federal e entrega na Seção de Seguro e Pensão da prefeitura do seu bairro até 2 meses antes da data prevista do parto. Como o pagamento da parcela única para parto e puericultura é efetuado para as instituições médicas, etc., pelo segurador, não é necessário pagar a quantia de ¥420.000 (¥404.000 para partos fora do sistema de compensação de tratamento obstétrico) do total das despesas de parto ao deixar o hospital.

Nota: Quando as despesas do parto ficam abaixo da quantia do pagamento da parcela única para parto e puericultura (¥420.000), o segurado tem o direito de receber a diferença da quantia de ¥420.000 como o pagamento da parcela única para parto e puericultura.

③ Para requerer diretamente na prefeitura do bairro [exceto os casos de ① e ②]

Faça o requerimento no Setor de Seguros da prefeitura do seu bairro, levando os seguintes itens:

- Certificado de Seguro ● “Inkan” (carimbo pessoal – utilizado com almofada, em nome do chefe de família)
- Caderneta de saúde materno-infantil ● Caderneta bancária ou algum documento que permita verificar a conta para depósito ● Documento que comprove a despesa do parto, emitido pela instituição médica (recibo/extrato) ● Documento de acordo tramitadas em instituições médicas (com registro da “intenção de não fazer uso do Sistema de Pagamento direto”) ● Termo de consentimento (em caso de parto no exterior).

* Caso tenha feito parto no exterior, leve a certidão de nascimento com respectiva tradução e o passaporte original da parturiente.

* No caso natimorte ou aborto, leve a declaração do médico.

* No caso de parto no exterior, é possível que seja feita verificação em relação ao conteúdo da solicitação à instituição médica local, e, portanto, solicitamos a assinatura de um Termo de consentimento da mãe.

- Aviso do sistema de compensação de tratamento obstétrico -

Este sistema é um sistema de compensação para recém-nascidos com paralisia cerebral ocorrida em partos com mais de 22 semanas de gravidez, nos quais os hospitais, clínicas ou maternidades se associam de forma que as gestantes possam ter um parto com tranquilidade.

As instituições médicas associadas ao sistema de compensação de tratamento obstétrico estão listadas no portal deste sistema para sua referência.

Pagamento das despesas de funeral

葬祭費の支給

Valor do subsídio: ¥50.000

Caso o segurado do Seguro Nacional de Saúde falecer, será feito um pagamento a título das despesas do funeral à pessoa que tenha arcado com tais despesas.

Documentos necessários

- Identificação do solicitante
- “Inkan” (carimbo pessoal) (pode ser assinatura, no caso de a pessoa estar habituada a isso.)
- Recibo da agência funerária, etc. (documento que comprove a realização do funeral)
- Caderneta bancária ou número da conta bancária

* Caso tenha a carteira do seguro do falecido, traga-a no momento da solicitação.

* Tome cuidado, pois esse subsídio perde a validade depois de decorridos 2 anos do funeral, não se podendo fazer o requerimento do mesmo após essa data.

* Caso se enquadre nos itens 1, 2 ou 3 abaixo, selecione o seguro saúde ao qual estava cadastrado anteriormente ou o Seguro Nacional de Saúde para receber o benefício das despesas do enterro ou funeral. Dependendo do seguro, existem benefícios adicionais próprios e o valor pago pode ser maior que o do Seguro Nacional de Saúde. Em relação aos detalhes do procedimento, consulte o seguro ao qual estava cadastrado anteriormente. (Caso as despesas do enterro sejam pagas pelo seguro saúde, as despesas do funeral não serão pagas pelo Seguro Nacional de Saúde.)

• Quando o custo é pago pelo seguro de saúde no qual você estava inscrito antes

1. Quando a pessoa falecida tenha se inscrito em algum seguro de saúde como a pessoa segurada dentro de 3 meses antes de sua morte
2. Quando a pessoa falecida tenha recebido continuamente um subsídio por deficiência do seguro de saúde em que estava inscrita ao falecer ou dentro de 3 meses antes da morte
3. Quando a pessoa falecida tenha recebido continuamente um subsídio de parto do seguro de saúde em que estava inscrita ao falecer ou dentro de 3 meses antes da morte

Subsídios para a criação de criança deficiente

障害児育児手当金

Fornecimento de Subsídios para a criação de criança deficiente

障害児育児手当金の支給

De acordo com o Seguro Nacional de Saúde da cidade de Yokohama, caso uma criança manifestar deficiência ou anormalidade congênita até os 2 anos de idade, será fornecido o auxílio para criança deficiente, segundo o grau dessa deficiência. Contudo, o requerimento poderá ser efetuado somente até 2 anos após a manifestação da anormalidade e há a necessidade de a criança estar inscrita continuamente no Seguro Nacional de Saúde da Cidade de Yokohama, desde o seu nascimento até o requerimento.

* Tome cuidado, pois decorridos 2 anos após a manifestação da deficiência não é mais possível requerer o auxílio.

Valor do subsídio: ¥100.000 a ¥800.000, de acordo com o grau de deficiência.

Documentos necessários

- Atestado médico
- Certificado do Seguro
- Caderneta de saúde materno-infantil
- “Inkan” (carimbo pessoal) (pode ser assinatura, no caso de a pessoa estar habituada a isso.)
- Caderneta bancária ou número da conta bancária

Subsídios por doença ou deficiência (Doença infecciosa causada pelo novo coronavírus)

傷病手当金（新型コロナウイルス感染症）

O benefício é pago caso seja infectado pelo novo coronavírus ou tenha sintomas de febre, entre outros, e haja suspeita de infecção e, portanto, tendo de faltar ao trabalho e portanto não possa receber pagamento suficiente do empregador. (Período de vigência: De 1 de janeiro a 30 de setembro de 2020. Pode ser estendido de acordo com a situação da pandemia.)

Pessoas elegíveis

対象者

Indivíduos que se enquadrem em todas as quatro condições abaixo:

- (1) Seja assalariado e segurado do Seguro Nacional de Saúde da Cidade de Yokohama.
- (2) Seja infectado pelo novo coronavírus ou tenha sintomas de febre, entre outros, e haja suspeita de infecção, e, portanto, não conseguindo se dedicar ao trabalho por ter de receber tratamento.
- (3) Tenha faltado três dias seguidos ao trabalho e ainda haja dias que tenha faltado após o quarto dia e que o quarto dia seja entre 1 de janeiro e 30 de setembro de 2020.
- (4) Que não possa receber pagamentos como o salário ou que esteja recebendo valor reduzido.

Período do pagamento do benefício

支給対象期間

Após o período de três dias sem poder se dedicar ao trabalho, serão contados os dias de trabalho que estavam previstos mas não se pôde trabalhar a partir do quarto dia (máximo de um ano e seis meses)

Valor do benefício

支給額

(Valor total do salário dos últimos três meses corridos ÷ dias trabalhados) × 2/3 × Número de dias

(Obs. 1) Porém caso pagamentos como o salário estejam sendo pagos em valor reduzido ou esteja recebendo compensação por licença, o valor do benefício pode ser reduzido ou não ser pago.

(Obs. 2) Há limite no valor do benefício.

Onde solicitar

申請先

Consulte o Seção de Seguro e Pensão do Distrito de seu distrito.

(Contate o Setor de Setor de Seguro da Seção de Seguro e Pensão do Distrito de seu distrito com antecedência para mais detalhes sobre o procedimento.)

Casos em que não é possível receber tratamentos médicos através do Seguro Nacional de Saúde

国民健康保険で診療を受けられない場合

Casos em que não é possível receber tratamentos médicos através do Seguro Nacional de Saúde

国民健康保険で診療を受けられない場合

Nos casos abaixo, mesmo possuindo o Certificado do Seguro, o segurado não poderá receber tratamentos médicos, ou estará sujeito a restrições.

Tipos de tratamentos (excluídos do tratamento pelo seguro)

- ① Consultas não beneficiadas pelo seguro, diferença de preço do leito, etc. (No caso de tratamento dentário, existem materiais, etc. que não são cobertos pelo seguro.)
- ② Exames médicos
- ③ Vacinações
- ④ Cirurgia plástica para fins de embelezamento
- ⑤ Correção ortodôntica
- ⑥ Parto normal

Casos em que há restrições

Em caso de má conduta por briga ou embriaguez pode limitar parcial ou totalmente o auxílio.

Doenças ou ferimentos resultantes do trabalho

Será aplicado o seguro contra acidentes de trabalho ou o tratamento deverá ser pago pelo empregador, de acordo com a Lei Básica do Trabalho.

Ao ser envolvido em um acidente de trânsito, etc.

Ao ser envolvido em um acidente de trânsito, etc.

交通事故などにあつたときは

Pode-se receber tratamento médico através do Seguro Nacional de Saúde no caso de o segurado sofrer lesões de terceiros (causador), em decorrência de acidentes de trânsito ou de agressão. No entanto, se a quantia total das despesas do tratamento já tiver sido recebida pelo causador (culpado) do acidente, o seguro nacional de saúde não poderá ser usado.

Apresentar a notificação, sem falta.

Caso o segurado for receber tratamento médico através do Seguro Nacional de Saúde, apresente a “declaração de lesão causada por terceiros” no Setor de Seguro da Seção de Seguro e Pensão da Prefeitura do Bairro onde reside.

Como haverá necessidade de se apresentar também o boletim de ocorrência de acidente de trânsito, emitido pela polícia, é necessário consultar, o mais breve possível, o Setor de Seguro da Seção de Seguro e Pensão da Prefeitura.

As despesas médicas serão arcadas pelo causador.

Quando ferido por terceiros, tal como num acidente de trânsito, a pessoa que causou o ferimento será responsável pelas despesas médicas de acordo com a extensão da negligência de tal pessoa.

Portanto, caso receba atendimento médico pelo seguro, as despesas médicas cobertas pelo Seguro Nacional de Saúde da Cidade de Yokohama serão cobradas do causador do acidente de acordo com a extensão de sua negligência.

Antes de realizar um acordo

Ao fazer um acordo fora do tribunal baseado em discussões entre a pessoa ferida e a pessoa que causou o ferimento, de um modo geral, após a data do acordo, não será possível exigir o pagamento das despesas da pessoa que provocou as lesões. Recomendamos tomar cuidado com esse acordo.

Antes de realizar o acordo, entre em contato com a seção de Seguro Nacional de Saúde. E, após a realização do acordo, apresente imediatamente a cópia do acordo ao Setor de Seguro da Seção de Seguro e Pensão da Prefeitura.

* Caso se ferir devido à própria displicência ou durante o trabalho, apresente a “declaração relativa a ferimentos devido à própria displicência ou ferimento de trabalho, etc.”

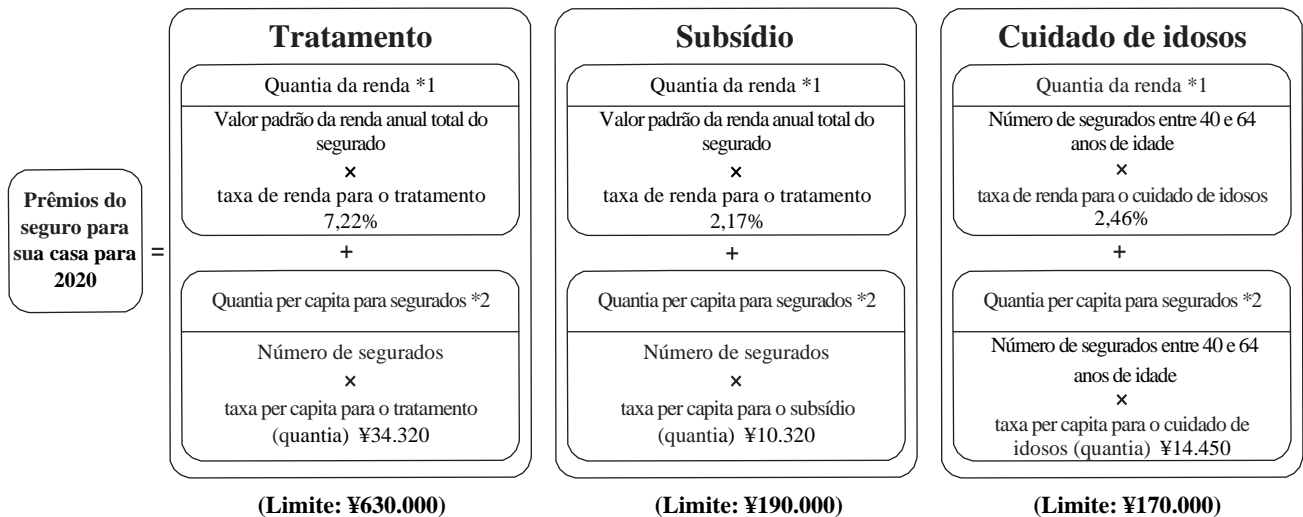
Taxa de seguro: Modo de cálculo da taxa de seguro

保険料：保険料の計算

Modo de calcular a taxa de seguro

保険料の計算方法

A taxa do seguro é calculada com base na quantia per capita da renda e na quantia per capita do segurado para as porções de tratamento, subsídio e cuidado de idosos.



*1 Calculado com base no rendimento

*2 Calculado com base no número de segurados

*3 "Renda bruta padrão" seria o valor após a dedução da "dedução básica do imposto municipal (¥330.000)" a partir da "renda bruta" definida na Lei de Imposto Local Artigo 314-2 Parágrafo 1, etc.). No entanto, as deduções especiais da renda de transferência relacionada a terrenos e edifícios, etc, serão o valor após a aplicação, e a renda de aposentadoria é excluída. Além disso, não serão realizadas as deduções antecipadas das perdas variadas.

O valor de cada parcela da taxa de seguro será:

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

Por exemplo, caso o valor anual do seguro for de ¥150.000, o valor de cada parcela do seguro será de ¥15.000.

¥150.000 ÷ 10 parcelas = ¥15.000

Determinação e alteração da taxa de seguro

保険料額の決定・変更

Determinação do valor da taxa de seguro

保険料額の決定

No mês de junho de cada ano, será decidido o valor da taxa de seguro referente ao mês de abril desse ano até o mês de março do ano seguinte, com base no número de segurados e no valor padrão da renda anual total de cada família. O cálculo é feito pressupondo-se que o segurado continuará inscrito no Seguro Nacional de Saúde até o mês de março do ano seguinte.

No caso de alteração do número de segurados, do valor padrão da renda anual total, etc., depois da determinação do valor da taxa de seguro, ou ainda, no caso em que todos os membros da família deixarem de ser segurados do Seguro Nacional de Saúde, a taxa de seguro será recalculada.

O valor da taxa de seguro será comunicado por meio do “Comunicado da Decisão da Taxa de Seguro Nacional de Saúde” ou do “Comunicado do Valor da Taxa de Seguro Nacional de Saúde”.

Para os que completarão 40 ou 75 anos de idade

Quando uma pessoa da família completa 40 anos de idade, o valor da taxa do seguro será recalculado após o 40º aniversário da tal pessoa, porque a mesma deverá pagar o Seguro de Cuidados de Enfermagem (*) em adição ao tratamento médico e subsídio de assistência.

Quando uma pessoa da família completa 75 anos de idade, o valor da taxa do seguro também será recalculado após o 75º aniversário da pessoa, porque o seguro de saúde nacional da mesma expirará e a pessoa entrará no sistema médico para idosos.

(*) As pessoas com mais de 40 anos de idade e com menos de 65 anos de idade devem arcar com as despesas para os cuidados no sistema do seguro de cuidados de enfermagem. O pagamento para os cuidados começa a partir do mês em que a pessoa completa 40 anos de idade (se a data de nascimento cair no primeiro dia do mês, será o mês precedente).

Alteração do valor da taxa de seguro

保険料額の変更

Ao alterar o valor da taxa de seguro, o valor da taxa de seguro já pago não será alterado. O ajuste será efetuado no valor a pagar futuramente.

1. Caso, depois de recalculado, houver aumento do valor da taxa de seguro:
A taxa de seguro será aumentada equitativamente nas parcelas a serem pagas.
2. Caso, depois de recalculado, houver diminuição do valor da taxa de seguro:
A taxa de seguro será reduzida equitativamente nas parcelas a serem pagas. Caso a redução tenha sido maior que a importância já paga, a diferença lhe será restituída.
3. Quando todos os membros da família deixarem de ser segurados:
A taxa de seguro será recalculada com base nos meses durante os quais os segurados estavam inscritos no Seguro Nacional de Saúde.

Modo de pagamento da taxa de seguro

保険料の支払方法

Em caso de débito automático, pode-se utilizar também a conta do correio.

口座振替を利用するとき

As datas do débito automático são as seguintes

Mês correspondente	Data do débito automático	Mês correspondente	Data do débito automático
Junho	29/6/2020	Novembro	27/11/2020
Julho	29/7/2020	Dezembro	29/12/2020
Agosto	28/8/2020	Janeiro	29/1/2021
Setembro	29/9/2020	Fevereiro	26/2/2021
Outubro	29/10/2020	Março	29/3/2021

- * Caso a quantia das taxas de seguro a pagar seja aumentado no ano fiscal anterior ou antes dele, a transferência bancária pode ser completada em abril ou maio.
- * Caso o dia de débito coincidir com um feriado da instituição financeira, etc., o débito será feito no dia útil anterior.
- * Há casos em que se leva de 1 a 2 meses desde que se faz o requerimento do débito automático da conta bancária até que realmente comece a ser debitado da conta.

Modo de requerimento do débito automático

- Preencha o formulário para débito automático com os dados necessários, tais como nome, endereço, número do Certificado do Seguro, etc. Coloque o mesmo carimbo pessoal usado na caderneta bancária e entregue-o à instituição financeira.
- O formulário para débito automático se encontra nos balcões das instituições financeiras e do Setor de Seguro da Seção de Seguro e Pensão da Prefeitura.

No caso de pagamento com aviso de cobrança

納付書を利用するとき

Será enviado o aviso de cobrança. Ao receber esse aviso, favor pagar o valor indicado em uma instituição financeira, agência dos correios ou uma loja de conveniência.

Mês de envio	Número de folhas de aviso enviadas	Vencimento do aviso de cobrança enviado	
		Mês correspondente	Vencimento
Junho	1 folha	Junho	30/6/2020
Julho	3 folhas	Julho	31/7/2020
		Agosto	31/8/2020
		Setembro	30/9/2020
Outubro	3 folhas	Outubro	2/11/2020
		Novembro	30/11/2020
		Dezembro	4/1/2021
Janeiro	3 folhas	Janeiro	1/2/2021
		Fevereiro	1/3/2021
		Março	31/3/2021

- * Caso o valor da taxa de seguro tenha sido aumentado no ano fiscal anterior ou antes dele, poderão ser enviados os avisos de cobrança em abril (ref. ao mês de abril) e em maio (ref. ao mês de maio).
- * Caso a data do vencimento coincidir com um feriado da instituição financeira, etc. o vencimento será no dia útil seguinte.
- * Para a família cujo valor do seguro tenha sido alterado durante o ano fiscal devido a alteração do número de segurados ou da quantia da renda, será enviado um aviso de cobrança após essa alteração. Neste caso, pague conforme o aviso enviado após a alteração, ou seja, o que possui a data de emissão mais recente.
- * O recibo é uma comprovação de pagamento. Guarde-o com cuidado.

O aviso de cobrança com código de barras pode ser paga em lojas de conveniência. Pague a taxa em uma das lojas de conveniência mencionadas no verso da aviso.

- ◆ **Recolhimento especial (retido na fonte do provento de aposentadoria)**
O recolhimento especial é um sistema em que o benefício da aposentadoria do chefe de família é pago descontando previamente a taxa do seguro de saúde nacional.

Será enquadrado no sistema de recolhimento especial quando um determinado requisito for satisfeito, por exemplo, quando o chefe de família está aderido ao seguro de saúde nacional e há recolhimento especial da taxa de seguro de cuidados aos idosos a partir do benefício da previdência pública ou quando todos os segurados da família encontram-se na faixa entre 65 e 74 anos de idade.

Se desejar, é possível alterar para recolhimento por transferência bancária. Sobre os detalhes, consulte o Setor de Seguro da Seção de Seguro e Pensão da Prefeitura do seu bairro.

Redução ou isenção da taxa de seguro

保険料の減額及び免除

Redução da parcela equitativa

均等割額の減額

Ao calcular a taxa do seguro, as famílias com renda inferior aos padrões estipulados pela lei terão uma redução de 70%, 50% ou 20% da sua taxa per capita de segurado para o tratamento médico, subsídio, e cuidado de idoso, respectivamente.

A determinação se uma pessoa é elegível para a redução da taxa per capita do segurado baseia-se na renda do chefe da família (independentemente se tal pessoa está afiliada ao seguro nacional de saúde ou não) e o número de segurados na família (incluindo as pessoas especificadas como pertencentes à família*). Portanto, a quantia não será reduzida para as famílias com pessoas cuja renda não tiver sido especificada.

Portanto, se você não teve nenhuma renda no ano 2019, ou se você só teve uma anuidade ou pensão por incapacidade ou morte, ou pensão de previdência para idosos ou outra renda isenta de impostos, efetue a declaração do imposto municipal-provincial ou a declaração de renda do seguro nacional de saúde ao receber tais documentos.

Padrão de rendimento (Soma do total dos rendimentos durante o ano de 2019)	Proporção de redução da parcela equitativa
¥330.000 ou menos	Redução de 70%
Menos de ¥330.000 + (¥285.000 × número total de segurados na família, e as pessoas especificadas como pertencentes à família* com exceção do chefe da família)	Redução de 50%
Menos de ¥330.000 + (¥520.000 × número total de segurados na família, e as pessoas especificadas como pertencentes à família* com exceção do chefe da família)	Redução de 20%

*: Pessoas especificadas como pertencentes à família são aquelas que se enquadram nos números① e ② a seguir.

Indivíduos que migraram do Seguro Nacional de Saúde ao Sistema de Assistência Médica para Idosos, mas continuam pertencendo à mesma família após a migração ao Sistema de Assistência Médica para Idosos. Porém, caso o chefe de família seja alterado ou caso deixe de ser membro dessa família, o indivíduo deixará de ser considerado pertencente à família especificada.

Redução da taxa de seguro para as famílias com filhos

子どもがいる世帯の保険料減免

O Seguro Nacional de Saúde implementa a redução de taxas para as famílias com pessoas seguradas com 19 anos incompletos de idade. Nesse caso, não é necessário apresentar nenhum requerimento para adquirir o direito de redução.

*Contudo, há algumas famílias que não podem receber a esse subsídio mesmo que elas contem com pessoas seguradas com 19 anos incompletos de idade.

Redução ou isenção da taxa de seguro através de requerimento

申請による減額または免除

Existe a possibilidade de se obter redução ou isenção do seguro, quando o pagamento se tornar dificultoso devido a ocorrência de circunstâncias imprevisíveis, tais como calamidades, etc. Citamos alguns exemplos na tabela abaixo, porém, para maiores detalhes, dirija-se ao Setor de Seguro da Seção de Seguro e Pensão da Prefeitura do Bairro onde você mora.

Tipo de circunstância	Norma	Redução/Isenção
Calamidades	Caso 20% ou mais do patrimônio, tais como casa, escritórios, etc., sofrerem danos causados por catástrofes naturais, incêndio, terremoto, etc.	Isenção de 4 ou 6 meses, dependendo do grau do dano.
Baixo rendimento	Caso o total dos rendimentos estimados para o ano em curso se enquadrar na norma de redução da taxa por lei (tabela anterior).	Redução da parcela da renda de acordo com a redução do valor da renda, isentando 40% a 60% da parcela equitativa
Redução dos rendimentos	Caso o rendimento for reduzido drasticamente, devido a perda de emprego, crise nos negócios, etc.	Redução da parcela de rendimentos, dependendo da taxa de redução dos rendimentos.
Limitação de renda	Caso houver período em que não tiver renda devido a motivos como, por exemplo, ter estado na prisão.	Será isento durante o período em que não houver renda (mês em que não houver renda do 1º ao último dia do mês).

Se um dependente se tornar um membro do seguro nacional de saúde em virtude da transferência dos beneficiários do seguro social, etc., para o sistema de assistência médica para idosos, ou se tornar elegível para “qualificação de benefício especial” ou “perda de emprego por motivos especiais” do seguro de desemprego em virtude de desemprego causado por falência do empregador, demissão, etc., esse dependente poderá desfrutar do privilégio de uma taxa de seguro reduzida. Para confirmar, entre em contato com o Setor da Seção de Seguro e Pensão da Prefeitura do seu local de residência.

Falta de pagamento da taxa de seguro

保険料の滞納

Caso ficar sem pagar a taxa de seguro

保険料を滞納すると

Envio do documento de interpelação, notificação (comunicação preliminar à execução), etc.

Há prazo de recolhimento da taxa de seguro determinado por lei municipal. Caso não seja recolhido dentro do prazo, será enviado documento de interpelação conforme determinado pela lei municipal. Além disso, poderá ser enviada a notificação (comunicação preliminar à execução).

* Quem estiver pendente de recolhimento poderá receber ligação telefônica para confirmação do recolhimento.

Incidência de juro de mora

Caso o recolhimento não seja feito até o vencimento indicado no documento de interpelação, haverá incidência do juro de mora.

* Cálculo do juro de mora

É a quantia obtida multiplicando os dias de atraso, calculado entre o dia seguinte ao do vencimento até o dia de recolhimento, pelo percentual determinado pela lei municipal (p. ex., Inciso 2 do Artigo 20 da Lei Municipal de Yokohama de Seguro de Saúde Nacional).

Execução do atraso (apreensão de bens)

Quando há pendência de recolhimento da taxa de seguro, será feito apuração de bens (Artigo 141 da Lei de Arrecadação de Tributos Nacionais).

Caso sejam apurados bens que possam ser dispostos para pagamento da taxa de seguro, poderão ser executados, sem aviso prévio, os bens como imóveis, conta corrente, poupança, seguro de vida, etc., na forma da Lei (Artigo 47 da Lei de Arrecadação de Tributos Nacionais).

Não pagamento de indivíduos com permissão de residência

Fique atento, pois sua permissão de residência pode ser cancelada caso haja taxa de seguro não pagas.

Pessoas com mais de 70 anos de idade

70 歳以上の方

As pessoas com mais de 70 anos de idade que tenham o Seguro Nacional de Saúde podem receber tratamento através de uma taxa de pagamento pessoal (diferente da quantia para pessoas com menos de 70 anos de idade), até que atinjam 75 anos de idade, quando então passarão ao sistema de assistência médica para idosos.

Taxa de pagamento pessoal para pessoas com mais de 70 anos de idade

70 歳以上の方の負担割合

Pessoa que pertence a família comum, de baixa renda I ou de baixa renda II	20%
Pessoa que pertence à família com rendimento similar ao de um trabalhador condição ativa	30%

* **Baixa renda I:** Famílias nas quais o chefe de família e todos os membros no seguro nacional de saúde em tal família ficaram isentos do imposto residencial no ano fiscal em questão (ano fiscal anterior para abril a julho) e famílias que não tenham tido nenhuma renda do ano fiscal anterior (o ano atrasado de janeiro a julho).

* **Baixa renda II:** Famílias nas quais o chefe da família e todos os membros no seguro nacional de saúde em tal família ficaram isentos do imposto municipal no ano em questão (período de abril a julho e para o ano fiscal anterior).

* **Família com rendimento similar ao de um trabalhador na condição ativa:** Famílias de pessoas com mais de 70 anos inscritas no seguro de saúde nacional (resumindo como idosos) e com pelo menos uma pessoa de renda acima da quantia especificada [pessoas com uma renda padrão tributável para o imposto municipal (renda após todas as deduções) de pelo menos ¥1.450.000 (período de abril a julho para o ano fiscal anterior)]. Porém em famílias com idosos nascidos a partir de 2 de janeiro de 1945 e que o valor da receita base total (valor descontados ¥330.000 de “Valor total da receita, etc.” definido na) seja menor ou igual a ¥2.100.000, será de 20%. Mesmo que ultrapasse este padrão, os idosos cuja renda total seja uma certa quantia (uma pessoa idosa com uma renda de ¥3.830.000 e duas ou mais pessoas com uma renda inferior a ¥5.200.000) que solicitaram e declararam isso também serão julgados como 20%.

Nota) A classificação das famílias por nível de renda acima é baseada na idade, estados dos membros no seguro de saúde nacional e formação da família no 1º dia de cada mês.

Emissão do Certificado de Beneficiário de Seguro Saúde e de Beneficiário Idoso

被保険者証兼高齢受給者証の交付

Para aqueles com adesão ao Seguro Nacional de Saúde da Cidade de Yokohama, enviaremos o “Certificado de Beneficiário de Seguro Saúde e de Beneficiário Idoso” na terceira semana do mês de aniversário de 70 anos (ou na terceira semana do mês anterior para quem nasce no dia primeiro). É possível utilizar a partir do mês subsequente ao de aniversário (ou a partir do mês de aniversário no caso de quem nasce no dia primeiro).

Pagamento do tratamento médico

療養の給付

As pessoas com 70 anos ou mais que exibirem o Certificado de Beneficiário de Seguro Saúde e de Beneficiário Idoso nos guichês de instituições médicas podem fazer a consulta médica pagando somente 20 ou 30% do custo de tratamento médico pelo seguro. O pagamento no guichê da instituição médica é feito até o valor-limite da parcela do paciente indicado na tabela a seguir.

Contudo, indivíduos que se enquadram na categoria com baixa renda I ou II ou aqueles com renda similar a um trabalhador na ativa I ou II precisam fazer o pedido antecipadamente.

Deve-se pagar a Despesa Padrão de Refeição e Tratamento Durante a Internação, referente à despesa de refeição, ou a Despesa Padrão de Utilidades e Tratamento Durante a Internação, referente à despesa de refeição e de estadia.

Classificação de renda	Paciente de ambulatório (individual)	Valor limite de internação e por família (unidade de família)
Aquele que tem renda similar a um trabalhador na ativa III	$¥252.600 + (\text{despesa médicas} - ¥842.000) \times 1\%$ Valor-limite após a 4ª vez de tratamento em diante é de ¥140.100	
Aquele que tem renda similar a um trabalhador na ativa II	$¥167.400 + (\text{despesa médicas} - ¥558.000) \times 1\%$ Valor-limite após a 4ª vez de tratamento em diante é de ¥93.000	
Aquele que tem renda similar a um trabalhador na ativa I	$¥80.100 + (\text{despesa médicas} - ¥267.000) \times 1\%$ Valor-limite após a 4ª vez de tratamento em diante é de ¥44.400	
Comum	¥18.000	¥57.600 Valor-limite após a 4ª vez de tratamento em diante é de ¥44.400
Baixa renda II	¥8.000	¥24.600
Baixa renda I	¥8.000	¥15.000

* Em relação a consultas de agosto de 2017 e posteriores, aos pacientes de ambulatório com 70 anos ou mais (com renda convencional ou baixa renda) cujo valor total individual da parcela de pagamento do paciente no período de um ano (de agosto a julho do ano seguinte) superar o valor limite anual (¥144.000), será concedido o valor excedente na forma de “Despesas com tratamentos médicos de alto valor” do seguro de saúde. Quanto à forma de pagamento e outros detalhes, os indivíduos que se enquadrarem serão notificados separadamente.

Requisitos de renda conforme a classificação de renda

Classificação de renda	Exigências de renda
Aquele que tem renda similar a um trabalhador na ativa III	Das pessoas de 70 anos ou mais com adesão ao Seguro Saúde Nacional, aquelas pertencentes a famílias cuja a renda padrão tributável do imposto residencial (de abril a julho é definida pelo imposto residencial do ano fiscal passado e de agosto a março do ano seguinte é definido pelo do ano em questão) mais alta seja igual ou acima de ¥6.900.000 de ienes.
Aquele que tem renda similar a um trabalhador na ativa II	Das pessoas de 70 anos ou mais com adesão ao Seguro Saúde Nacional, aquelas pertencentes a famílias cuja a renda padrão tributável do imposto residencial (de abril a julho é definida pelo imposto residencial do ano fiscal passado e de agosto a março do ano seguinte é definido pelo do ano em questão) mais alta seja igual ou acima de ¥3.800.000 de ienes e abaixo de ¥6.900.000 de ienes.
Aquele que tem renda similar a um trabalhador na ativa I	Das pessoas de 70 anos ou mais com adesão ao Seguro Saúde Nacional, aquelas pertencentes a famílias cuja a renda padrão tributável do imposto residencial (de abril a julho é definida pelo imposto residencial do ano fiscal passado e de agosto a março do ano seguinte é definido pelo do ano em questão) mais alta seja igual ou acima de ¥1.450.000 de ienes e abaixo de ¥3.800.000 de ienes.
Comum	<ul style="list-style-type: none"> Entre aqueles que tem renda similar a um trabalhador na ativa, a pessoa que está em uma família na qual recebeu certificação do requerimento da página 21. Dentre "Comum, Baixa renda II, Baixa renda I" da página 21, a pessoa que está em uma família na qual não corresponde à "Baixa renda II" e nem na "Baixa renda I" abaixo.
Baixa renda II	Pessoa que está em uma família na qual o chefe da família e todos os membros inscritos no seguro de saúde nacional foram isentos de imposto residencial.
Baixa renda I	Pessoa que está em uma família na qual o chefe da família e todos os membros inscritos no seguro de saúde nacional foram isentos de imposto residencial e que, todas as rendas forem zero, quando tiradas as despesas necessárias e as deduções (*) de acordo com a classificação de renda.

* Valor de dedução da pensão pública calculada como ¥800.000

* O valor-limite da parcela do paciente é calculado pela instituição médica, por mês, e separadamente para paciente internado e paciente de ambulatório. As despesas padrões para refeições durante a internação e taxas de leito privado, etc. não cobertas pelo seguro são excluídas.

* Quando duas ou mais pessoas idosas para a mesma família sejam hospitalizadas no mesmo mês, e sua parcela total das despesas com ambulatório exceda uma quantia determinada, isso será incluído nas despesas de tratamento médico de alto valor.

Ver “Restituição do pagamento das despesas de tratamento médico de alto valor”, à Página 7

Pagamento: Despesa padrão de refeição e tratamento durante a internação

入院時食事療養費標準負担額

Quanto às despesas das refeições feitas durante a internação, o segurado deverá pagar a parte das despesas correspondentes aos materiais alimentícios, como sendo valor de pagamento padrão (por refeição, no máximo 3 vezes por dia). O restante será coberto pelo Seguro Nacional de Saúde.

A despesa padrão não se enquadra em despesa de tratamento de alto valor.

Despesa padrão de refeição e tratamento durante a internação			
Classificação			Valor a pagar por refeição
Aquele que tem renda similar ao de um trabalhador na condição ativa e aquele com renda / comum			¥460
Baixa renda II	Dias de internação nos últimos 12 meses	Até 90 dias	¥210
		91 dias ou mais	¥160
Baixa renda I			¥100

* Pessoas que se enquadram na classificação de baixa renda I e II devem exibir o “Certificado de Aplicação do Valor-Limite do Seguro Nacional de Saúde” ou a “Autorização de Redução do Valor Básico de Pagamento” no guichê da instituição médica de antemão. Faça a solicitação junto ao Setor de Seguro da Seção de Seguro e Pensão do Distrito.

Despesa padrão de utilidades e tratamento durante a internação

入院時生活療養費標準負担額

Indivíduos com mais de 65 anos hospitalizados para tratamento médico arcam os as despesas de valor padrão referentes às refeições (equivalente ao custo dos ingredientes e preparação) e alojamento (equivalente ao custo de utilidades).

Para paciente que apresenta estado prolongado de necessidade de internação, será coberto a despesa de alimentação em valor igual ao valor padrão de refeições durante a internação, mas não haverá cobertura da despesa de estadia (*). Consulte instituição médica para verificar em qual das duas coberturas corresponde.

A despesa padrão não se enquadra em despesa de tratamento de alto valor.

Despesa padrão de utilidades e tratamento durante a internação dos pacientes com mais de 70 anos de idade (refeições e utilidades)		
Classificação de renda	Despesas de refeição (1 refeição)	Despesas de permanência (1 dia)
Aquele que tem renda similar ao de um trabalhador na ativa e aquele com renda / comum	¥460 [¥420] (*2)	¥370
Baixo rendimento II (*1)	¥210	
Baixo rendimento I (*1)	¥130	

*1 Quem corresponde à baixa renda I ou II deve apresentar preliminarmente, no guichê da Instituição Médica, o “Certificado de Aplicação do Valor-Limite do Seguro Nacional de Saúde e da Autorização de Redução do Valor Básico de Pagamento”. Solicite o Certificado no Setor de Seguro da Seção de Seguro e Pensão da prefeitura do seu bairro.

*2 Difere de acordo com a Instituição Médica. Consulte a instituição médica sobre qual valor será aplicado.

Restituição da diferença do valor do pagamento padrão

標準負担額差額支給

No caso de se efetuar o pagamento normal das despesas devido à impossibilidade de apresentar o Certificado de Reconhecimento da Redução do Valor, a diferença será restituída mediante requerimento.

* Tome cuidado, pois, transcorridos 2 anos desde o pagamento à instituição hospitalar, não será possível mais requerer a quantia devido à perda de validade.

Documentos necessários

- Certificado do Seguro
- “Inkan” (carimbo pessoal) (pode ser assinatura, no caso de a pessoa estar habituada a isso.)
- Recibo
- Caderneta de depósito bancário ou número da conta bancária, etc

Exames de saúde especificados / Orientação médica específica

特定健康診査・特定保健指導

Para as pessoas entre 40 e 74 anos de idade que receberam exames de saúde especificados para prevenir doenças de hábitos da vida, quando constatado a síndrome metabólica, receberão orientação médica específica baseado no resultado de tais exames. Com isso se torna possível controlar a saúde através dos hábitos diários.

O que é a síndrome metabólica?

メタボリックシンドロームとは？

Acredita-se que o acúmulo de gordura visceral é uma causa comum da enfermidade detreminada como doenças de hábitos diários. Síndrome metabólica refere-se a uma combinação de fatores de riscos à saúde (nível elevado de açúcar no sangue, anormalidade lipídica e hipertensão) em adição ao acúmulo de gordura visceral. Diz-se que quanto maior for o avanço da síndrome metabólica com o aumento do número desses fatores de risco, maior será o risco de ocorrer doenças sérias ameaçadoras à vida, agravando em curto tempo.

Conteúdo dos exames de saúde específicos

特定健康診査の実施内容

Através da relação abaixo, são realizados exames de saúde específicos para verificar a extensão do acúmulo de anormalidade lipídica e os fatores que apresentam perigo para doenças de hábitos de vida.

- Exames realizados para todos (exames básicos e exames adicionais próprios cobertos pelo Seguro Nacional de Saúde da cidade de Yokohama).

	Objetivos dos exames	Ítens dos exames
Interrogatório e consulta	Avaliar a situação das doenças de hábitos de vida e conhecer os hábitos da vida diária	Interrogatório médico (medicamentos em uso, histórico de tabagismo, hábitos alimentares, exercício físico, sono, entre outros.)
	Saber os sintomas subjetivos e objetivos	Exame físico.
Ítens dos exames	Saber se a obesidade é de gordura viceral	Medição da estatura, peso, circunferência abdominal. Índice de Massa Corpórea (IMC) (peso Kg ÷ estatura m ÷ estatura m)
	Saber se é hipertenso	Medição da pressão arterial
	Saber se há anormalidades lipídicas	Exame de sangue (triglicérides, colesterol HDL, colesterol LDL)
	Saber se é diabético	Exame de sangue (glicemia de jejum, hemoglobina glicosilada) Exame de urina (glicosúria)
	Saber como está a função renal	Exame de urina (proteinúria) Exame de sangue (*creatinina, ácido *úrico)
	Saber como está a função hepática	Exame de sangue (GOT, GPT, γ -GTP)
	Saber se não há anormalidade na bexiga e vias urinárias	Exame de urina (*sedimento urinário)

* Os itens assinalados com *são exames adicionais próprios cobertos pelo Seguro Nacional de Saúde da cidade de Yokohama.

- Exames realizados caso se aplique a implementação de normas nacionais e, o médico avaliar que seja necessário:

(ítems detalhados)

Objetivos dos exames	Ítens dos exames
Saber se há anemia	Exame de sangue (níveis dos glóbulos vermelhos, teor de hemoglobina, hematócrito)
Saber o estado da função cardíaca	eletrocardiograma
Saber o estado da arteriosclerose e dos vasos	Exame do fundo do olho

[Critério nacional para se realizar exames detalhados]

1. Critério para se realizar o exame de anemia
Será realizado em pessoas com histórico de anemia ou em caso do médico suspeitar anemia na consulta médica.
2. Parâmetros para realização de eletrocardiograma
Caso a pressão arterial sistólica seja igual ou maior que 140mmHg ou a pressão diastólica seja igual ou maior que 90mmHg, ou ainda, quando for detectada arritmia por exame subjetivo e objetivo nos resultados de exames médicos especificados do ano fiscal em questão, será realizado o exame.
3. Parâmetros para a realização de exame de fundo de olho
Caso se enquadre nos parâmetros de ① ou ② nos resultados de exames médicos especificados do ano fiscal em questão, será realizado o exame. (Caso não se enquadre nos parâmetros de ① e não possa ser verificado com base em ② nos resultados de exames médicos especificados do ano fiscal em questão, será realizado caso o resultado do exame do ano fiscal anterior se enquadre em ②)
 - ① Resultado da medição da pressão arterial
Pressão sistólica acima de 140 mmHg ou a pressão diastólica acima de 90 mmHg.
 - ② Resultado da glicemia
Glicemia de jejum acima de 126mg/dl ou hemoglobina glicada acima de 6,5% (NGSP).

Conteúdo da orientação médica específica

特定保健指導の内容

O propósito da orientação médica específica é oferecer um programa para melhoria do estilo de vida para as pessoas que apresentarem sintomas de gordura visceral acumulada e fatores de risco da síndrome metabólica com base nos resultados de exames de saúde específicos.

- (1) Conteúdo do encorajamento
 - Primeira entrevista: Será formulado um plano de ação baseado na entrevista e orientação com um doutor, enfermeira de saúde pública, ou um dietista registrado, e será proporcionado suporte para os esforços a melhorar os hábitos diários.
 - Avaliação após 3 meses: Será feita uma confirmação das mudanças nos hábitos diário e na condição física.
- (2) Conteúdo do suporte ativo
 - Primeira entrevista: Será formulado um plano de ação baseado na entrevista e orientação com um doutor, enfermeira de saúde pública, ou um dietista registrado, e será proporcionado suporte para os esforços a melhorar os hábitos diários.
 - Suporte contínuo durante 3 meses ou mais: Será proporcionada uma orientação prática requerida para melhorar os hábitos diários, tais como nutrição e exercícios.
 - Avaliação após 3 meses: Será feita uma confirmação das mudanças nos hábitos diários e na condição física.

Pessoas sujeitas a exames de saúde específicos e orientação médica específica

特定健康診査・特定保健指導の対象となる方

Membros do seguro nacional de saúde cujo aniversário de 40 a 75 anos de idade caia até o dia 31 de março do ano seguinte. Contudo, mulheres grávidas e pessoas admitidas às instalações específicas não são elegíveis a este programa. Do mesmo modo, as pessoas que têm a oportunidade de receber exames físicos através de seu local de trabalho, devem usar tal sistema. No caso de segurado de 75 anos, até um dia antes do aniversário.

Uso dos testes de saúde específicos e orientação médica específica

特定健康診査・特定保健指導のご利用方法

Você precisa do cartão de exame de saúde específico, questionário médico, certificado do seguro de saúde, etc. para receber os exames de saúde especificados. Leve o cartão de exame de saúde específico, questionário médico, certificado do seguro de saúde, etc. para a instituição médica indicada no aviso (Você pode precisar fazer uma reserva. Consulte a recepcionista na instituição médica de sua preferência.).

As pessoas que se inscreveram antes do dia 1º de abril e cujo aniversário de 40 a 74 anos de idade serão até o dia 31 de março do ano seguinte, ou ainda, aqueles que completarão 75 anos de idade a partir de julho receberão o cartão de exame de saúde específico, questionário médico, guia para recepção de exame, etc. da Seção do Seguro de Saúde Nacional da Prefeitura. Indivíduos que não se enquadram nas condições acima e que realizarão exames de saúde específicos devem fazer a solicitação na Seção do Seguro de Saúde Nacional da Prefeitura do seu bairro ou pelo telefone especial para exames de saúde específicos (045-664-2606) para receber o cartão de exame de saúde específico.

As pessoas que foram avaliadas em necessidade de “encorajamento” ou “suporte ativo” receberão um cartão para a orientação médica específica. Use esse cartão para receber o serviço de orientação médica específica.

Quanto à pessoa em tratamento de doenças providas de hábitos diários, será dada prioridade ao tratamento e não estarão sujeitos à orientação médica específica.

Os pacientes em tratamento de doenças de hábitos de vida devem consultar o médico responsável.

Sistema de tratamento de saúde para idosos

後期高齢者医療制度

Sistema de tratamento de saúde para idosos

後期高齢者医療制度とは？

É um sistema de seguro de saúde voltado às pessoas com mais de 75 anos. Será emitido um certificado para cada indivíduo, que deverá pagar a sua taxa de seguro correspondente.

Uma Associação de Tratamento Médico de Área Ampla para Idosos (doravante Associação de Área Ampla), estabelecida em cada província, opera o sistema, e as prefeituras dos bairros atuam como uma janela para realizar os procedimentos de coleta das taxas do seguro e receber solicitações.

- Associação Regional de Cuidados da Saúde de Idosos da Província de Kanagawa
9th floor, Yokohama Portside Building
8-1 Sakae-cho, Kanagawa-ku, Yokohama
Contato (centro de atendimento): 0570-001120
Tel: 045-440-6700
Fax: 045-441-1500

後期高齢者医療被保険者証	
平成 年 月 日	
被保険者番号	
性別	
氏名	
生年月日	年 月 日
資格取得年月日	年 月 日
発給年月日	年 月 日
交付年月日	年 月 日
一部負担金の割合	
被保険者番号並びに被保険者印	神奈川県後期高齢者医療広域連合

Pessoas elegíveis

対象となる方

1. Pessoas com mais de 75 anos de idade (a partir do 75º aniversário)
2. Pessoas entre 65 e 74 anos de idade com uma certa deficiência (a partir da data de reconhecimento pela associação regional)

Recepção do certificado de seguro

保険証の交付

Será enviado por correio aproximadamente no final do mês anterior ao do 75º aniversário.

Visita a um médico

お医者さんのかかり方

Apresente o “certificado do seguro de assistência médica para idosos” na recepção.

A obrigação pessoal é de 10% das despesas médicas. No entanto, as pessoas com uma renda que seja equivalente à renda obtida durante o emprego serão obrigadas a pagar 30%.

Há um valor-limite para as despesas pessoais a serem pagas em um mês tanto para pacientes de ambulatório como para pacientes hospitalizados. Em relação ao que for pago em excesso do valor-limite, você pode receber um reembolso, posteriormente.

Taxas do seguro

保険料について

Essa é uma fonte de renda primordial para o sistema. As taxas consistem em uma "quantia per capita" pela qual todos os segurados são obrigados a pagar, e em uma "quantia proporcional à renda". A "quantia per capita" e a "quantia proporcional à renda" são determinadas por cada associação regional. Em princípio, essas quantias são definidas conforme a associação regional da cidade, vila ou aldeia. O valor-limite da taxa de seguro para a quantia a ser imposta é de ¥640.000 por ano. Há um sistema de pequenas reduções para pessoas com baixa renda e para as pessoas que nunca pagaram taxas de seguro.

Exame de saúde para os segurados cobertos pelo seguro de assistência médica para idosos

後期高齢者医療制度加入の方の健康診査について

Você pode receber um exame médico uma vez durante o ano fiscal numa instituição médica que realiza exames de saúde, como um dos programas de prevenção de doenças de hábitos da vida. Verifique diretamente à instituição médica sobre como reservar e receber o exame. No entanto, os pacientes que estão internadas em asilos de idosos específicos, etc, não estão incluídas neste programa, portanto esteja atento.

Custo: Gratuito

Informações sobre exames de saúde: Número de telefone exclusivo para exames de saúde da cidade de Yokohama (Tel.: 045-664-2606 FAX: 045-663-4469) (8:30 às 17:15, exceto aos domingos, feriados, final de ano e Ano Novo)

Sistema de subsídios de despesas de tratamento médico para pessoas portadoras de deficiência grave

重度障害者医療費助成事業

O que é sistema de subsídios de despesas de tratamento médico para pessoas portadoras de deficiência grave?

重度障害者医療費助成とは

Neste programa, a Cidade de Yokohama pagará uma parte da obrigação pessoal para os serviços de assistência à saúde oferecidos pelo seguro médico quando pessoas com deficiências graves inscritas no esquema do seguro de saúde visitarem um doutor em virtude de uma doença ou ferimento. Para as pessoas que se enquadram em tal categoria, será entregue o “Certificado de Tratamento Médico para Pessoas Portadoras de Deficiência Grave”.

Pessoas que podem ser beneficiadas

対象となる方

- Pessoa possuidora da caderneta de deficiente físico de grau 1 e 2.
- Pessoa cujo QI foi avaliado como igual ou inferior a 35.
- As pessoas cujo QI foi avaliado entre 36 e 50 e que receberam a carteira de deficiente físico grau 3.
- Pessoa que possui caderneta de deficiente mental de grau 1 (com exceção dos gastos de hospitalização) (desde o dia 1º de outubro de 2013)

Quando consultar um médico

お医者さんにかかるとき

Apresente o seu certificado do seguro de saúde e o certificado de tratamento médico para pessoas portadoras de deficiência grave na recepção e você poderá receber o tratamento médico gratuitamente.

Como efetuar o requerimento

申請の方法

Para receber o subsídio de despesas de tratamento médico para pessoas portadoras de deficiência grave, faça o requerimento no Setor de Seguro da Seção de Seguro e Pensão da Prefeitura do Bairro onde reside, levando os seguintes documentos.

Itens necessários para fazer o requerimento

- Caderneta de portador de deficiência física ou de deficiência mental (Ai-no-techo), etc.
- Certificado de Seguro de Saúde
- “Inkan” (carimbo pessoal) (Que emprega uma almofada de tinta vermelha. Caso seja usual o uso da assinatura, não há necessidade do carimbo.)

Quando não for possível utilizar o certificado de tratamento médico para pessoa portadora de deficiência grave

重度障害者医療証を使えなかったとき

Caso a pessoa fizer consulta sem apresentar o certificado de tratamento médico para pessoa portadora de deficiência grave por algum motivo de força maior, ou caso a pessoa fizer consulta em hospital que não utiliza esse sistema ou em hospital fora da província, poderá receber o reembolso do valor pago fazendo o requerimento na Seção de Seguros e Pensões da Prefeitura do Bairro em que reside.

A quantia para as despesas do tratamento médico para às pessoas elegíveis ao sistema de assistência médica para idosos paga em outra província será depositada automaticamente mais tarde na conta designada por tais pessoas.

Itens necessários ao trâmite

(1) Para as pessoas não elegíveis ao sistema de assistência médica para idosos

- Certificado de tratamento médico para pessoa portadora de deficiência grave, Certificado de Seguro de Saúde, “inkan” (carimbo pessoal) (Que emprega uma almofada de tinta vermelha. Caso seja usual o uso da assinatura, não há necessidade do carimbo)
- Recibo (com nome do paciente, total de pontos de tratamento pelo seguro, tempo de tratamento, valor pago e nome da instituição médica)
- Caderneta de depósito de instituição financeira para depósito do reembolso
- A notificação da decisão de pagamento caso vá receber as despesas de tratamento médico de alto valor ou benefícios adicionais do seguro saúde ao qual está aderido.
- * Caso houver cobertura das despesas médicas de valor elevado ou do benefício adicional pelo seguro de saúde, o pagamento será realizado com dedução desse valor. Rodure fazer a solicitação do auxílio de despesas médicas dentro de um ano a contar a partir do mês subsequente à realização da consulta. Ademais, é possível fazer solicitação de múltiplos meses de uma só vez, mas é necessário o preenchimento de um novo requerimento para cada mês e instituição médica. Fique atento, pois o benefício prescreve 5 anos a serem contados a partir do dia 1 do mês subsequente à consulta, não sendo mais possível solicitar o auxílio.

(2) Pessoas elegíveis ao sistema de assistência médica para idosos

Quanto ao valor pago correspondente à parte arcada pelo segurado, em princípio, este será reembolsado seis meses depois através de depósito em conta designada pelo beneficiário (Você não precisa fazer a solicitação para o pagamento na Prefeitura do Bairro onde reside). Posteriormente, será lhe enviado o "Formulário de indicação de conta bancária para depósito". Devolva-o sem falta.

Atividades de auxílio de tratamento médico à família com somente um dos pais

ひとり親家庭等の医療費助成

O que é auxílio de tratamento médico à família com somente um dos pais?

ひとり親家庭等の医療費助成とは

É o sistema em que quando uma pessoa pertencente a uma família com somente um dos pais (mãe e filho(a), pai e filho(a), etc.), inscrita em um seguro de tratamento médico, receber tratamento médico devido a doença ou ferimento. A cidade de Yokohama arca com uma parte da consulta com seguro. As pessoas que se enquadram nesse sistema receberão a Caderneta de Tratamento Médico de Assistência Social ao Pai/Mãe.



Pessoa que se enquadra neste sistema

対象となる方

- Pessoa com endereço na cidade de Yokohama
- Pessoa inscrita em um seguro de tratamento médico
- Tutor sozinho, mãe ou pai com criança dependente menor de 18 (a elegibilidade continua até 31 de março seguindo o 18º aniversário da criança, ou até o 20º aniversário da criança se ele/ela tem uma incapacidade de médio ou maior severidade, ou está indo a uma escola de curso colegial, etc.).
- * Quando o pai ou a mãe for deficiente de alta gravidade (2ª categoria ou superior conforme a Lei de Assistência Social aos Deficientes Físicos), também se aplica este sistema.
- Pessoa com renda dentro do limite de rendimento estabelecido.

Ao consultar-se com o médico

お医者さんにかかるとき

Apresentando a Caderneta de Tratamento Médico de Assistência Social ao Pai/Mãe e o Certificado de Seguro no balcão do hospital, pode-se receber tratamento médico sem pagar a parte correspondente ao segurado.

Modo de requerimento

申請の方法

Para receber o subsídio de tratamento médico à família com somente um dos pais, é necessário fazer um requerimento no Setor de Seguro da Seção de Seguro e Pensão da Prefeitura do Bairro onde reside, levando os seguintes itens:

Documentos necessários

- Certificado de Ajuda para o Sustento da Criança

* Quem não possui o Certificado de Ajuda para o Sustento da Criança, deve anexar os seguintes documentos:

- Koseki-tohon (Extrato do registro de família)
- Certificado de Tributação (Renda) para a renda do ano anterior ao último (Certificado de tributação emitido pelo prefeito da cidade, bairro, vila ou aldeia da sua residência até 1º de janeiro do ano anterior.)

- Certificado de seguro
- “Inkan” (carimbo pessoal) (Caso seja usual o uso da assinatura, não há necessidade do carimbo)
- Outros
 - Caso haja alguém deficiente na família: Documento que comprove o grau de deficiência (Por exemplo, Caderneta de Deficiente Físico, Certificado de Pensão, etc.)
 - Caso haja criança com menos de 20 anos e que esteja no curso colegial, etc.: Certificado de matrícula

Quando não puder usar a caderneta de tratamento médico de assistência social ao pai / mãe

親 福祉医療証を使えなかったとき

Caso receber tratamento médico sem a apresentação, por uma justa razão, da Caderneta de Tratamento Médico de Assistência Social ao Pai/Mãe, ou receber tratamento em hospital de outra província ou em hospital que não trabalha com esse sistema, mediante os trâmites adequados no Setor de Seguro da Seção de Seguro e Pensão da Prefeitura do Bairro onde reside, a importância correspondente ao pagamento lhe será restituída.

Documentos necessários

- Certificado de Seguro, “Inkan” que necessite tinta vermelha (carimbo pessoal. Caso seja usual o uso da assinatura, não há necessidade do carimbo)
 - Caderneta de Tratamento Médico de Assistência Social ao Pai/Mãe
 - Recibo do tratamento (em que conste o nome do paciente, número total de pontos nas consultas feitas através de seguro, período de tratamento, valor de recebimento e o nome da instituição médica)
 - Caderneta bancária
 - Certificado de seguro
- caso não possua o Certificado de Seguro, não se pode utilizar a Caderneta de Tratamento Médico de Assistência Social ao Pai/Mãe.
- as despesas não cobertas pelo seguro, tais como a diferença de preço do leito durante a internação, não são beneficiadas com esse auxílio.
- * Caso houver cobertura das despesas médicas de valor elevado ou do benefício adicional pelo seguro de saúde, o pagamento será realizado com dedução desse valor. Rodure fazer a solicitação do auxílio de despesas médicas dentro de um ano a contar a partir do mês subsequente à realização da consulta. Ademais, é possível fazer solicitação de múltiplos meses de uma só vez, mas é necessário o preenchimento de um novo requerimento para cada mês e instituição médica. Fique atento, pois o benefício prescreve 5 anos a serem contados a partir do dia 1 do mês subsequente à consulta, não sendo mais possível solicitar o auxílio.

Sistema de subsídios para as despesas de tratamento médico infantil

小児医療費助成事業

Como funciona o sistema de subsídios para as despesas de tratamento médico infantil?

小児医療費助成事業とは

É um sistema pelo qual se fornece subsídio da parte arcada pelo segurado, de acordo com a idade da criança, quando esta criança com endereço registrado na cidade de Yokohama e inscrita no Seguro de Saúde receber atendimento em uma instituição médica devido a enfermidade ou ferimento.

Há um valor-limite para a renda dos pais quando uma criança com um ano de idade ou mais se torna elegível para o subsídio de despesas médicas para crianças.

(As despesas com melhoria de cama e despesas com documentos durante uma hospitalização, exame de saúde e outros que não são cobertos pelo seguro não são elegíveis para o subsídio.)

- Faixa etária beneficiada pelo sistema de subsídio para as despesas de tratamento médico infantil e faixa de abrangência do subsídio

Idade	0 anos	1° a 3° ano da Escoal Fundamental	Do 4°ano da Escoal Fundamental ao 3° ano do Ensino Ginasial
Objeto de subsídio	Internação/paciente externo		
Limite de renda do responsável	Não há	Há	
Detalhes do subsídio	Sem pagamento no guichê		Para paciente externo, há pagamento de até ¥500 a cada vez. * Gastos com remédios na internação e com farmácia fora do hospital são subsidiados integralmente. * Responsável isento de imposto municipal é subsidiados integralmente.

Valor-limite para a renda dos pais (excluindo zero ano de idade)

保護者の所得制限（0歳児を除く）

O responsável é aquela pessoa principal que sustenta a criança beneficiada pelo subsídio. Para que a criança com 1 ano ou mais possa ser beneficiada pelo sistema de fornecimento de subsídio para as despesas de tratamento médico infantil, é necessário que a renda do seu responsável seja menor que a renda estabelecida. O valor-limite difere de acordo com a idade da criança beneficiada e o número de dependentes do tutor. Para maiores detalhes, informe-se no Setor de Seguro da Seção de Seguro e Pensão da Prefeitura do Bairro.

Tabela dos limites de renda

Número de dependentes	Valor-limite da renda dos pais
0	¥5.400.000
1	¥5.780.000
2	¥6.160.000
3	¥6.540.000
4 ou mais	(¥380.000 é adicionado para cada dependente adicional)

Nota: Nesta tabela, a quantia uniforme de dedução considerada no cálculo da renda (¥80.000) foi adicionada à quantia original do valor-limite da renda.

Trâmites para o requerimento de subsídio e modo de utilização

申請の手續と利用のしかた

Deve-se requerê-lo no Setor de Seguro da Seção de Seguro e Pensão da Prefeitura. Será emitido o Certificado de Tratamento Médico.

O que é necessário para efetuar o requerimento

申請に必要なもの

- Certificado do Seguro de Saúde em que a criança esteja inscrita
- “Inkan” (carimbo pessoal) (que emprega uma almofada de tinta vermelha. Caso seja usual o uso da assinatura, não há necessidade do carimbo)
- Certificado de imposto (renda): [Certificado que comprova a renda e discriminação das deduções] (quando você se mudou desde outra cidade)

Renovação do certificado de tratamento médico pediátrico

小児医療証の更新

A prefeitura do bairro realiza a renovação no mês do vencimento do certificado de tratamento médico pediátrico, e, portanto, não é necessário realizar procedimentos.

Ao receber tratamento em uma instituição médica

医療機関にかかるとき

- Instituição médica da província: Apresente o Certificado de Tratamento Médico Pediátrico e o Certificado de Seguro de Saúde à instituição médica. Não há necessidade de pagamento da parte arcada pelo segurado.
* Paciente externo que seja estudante de 4º ano da Escoal Fundamental ao 3º ano do Ensino Giniasial pagará ¥500 em cada consulta.
- Instituição médica fora da província: Paga-se a parte arcada pelo segurado. Efetua-se o requerimento no Setor de Seguro da Seção de Seguro e Pensão da Prefeitura e recebe-se a restituição.

Outras declarações

その他の届け出

Você precisa notificar nos seguintes casos:

- Quando mudou a apólice do seguro de saúde
- Quando mudou de endereço

Itens necessários para a solicitação

- Certificado do tratamento médico, certificado do seguro de saúde e “inkan” (carimbo pessoal) (que emprega almofada de tinta vermelha. Caso seja usual o uso da assinatura, não há necessidade do carimbo)

O que é necessário para o reembolso

- Certificado de tratamento médico pediátrico, Certificado de Seguro de Saúde, “inkan” (carimbo pessoal) (que emprega uma almofada de tinta vermelha. Caso seja usual o uso da assinatura, não há necessidade do carimbo)
- Recibo (Em que conste o nome do paciente, número total de consultas feitas através de seguro, período de tratamento, valor de recebimento e o nome da instituição médica)
- Notificação para pagamento que confirma a quantia de despesas médicas de valor elevado ou subsídio adicionado pago pelo seguro de saúde para o mês de tratamento médico na solicitação
- Certificado de imposto (renda) [que comprove a renda e a discriminação das deduções] (isso pode ser necessário se você se mudou de outra cidade)
- Caderneta de depósito da instituição bancária onde deverá ser feita a remessa

* Quando o seguro de saúde paga as despesas médicas de valor elevado ou subsídio adicionado, a quantia será subtraída do reembolso. Solicite o reembolso das despesas médicas desde o mês após a data do tratamento médico dentro de um ano se viável. Você pode fazer uma solicitação conjunta com os recibos para vários meses, mas precisa preencher um formulário de solicitação para cada mês e para cada instituição médica. Fique atento, pois o benefício prescreve 5 anos a serem contados a partir do dia 1 do mês subsequente à consulta, não sendo mais possível solicitar o auxílio.

Instituições hospitalares que atendem à noite e nos feriados

夜間・休日急患診療所

● Centro de Enfermidades Repentinhas Durante a Noite (doença súbita à noite)

Clínica	Especialidades	Horário do atendimento	Dias de atendimento	Telefone e endereço	Estação mais próxima
Centro de Tratamento Médico de Emergência da Cidade de Yokohama (Centro de Atendimento Emergência à Noite)	Clínica Geral, Pediatria Oftalmologia Otorrinolaringologia	20h00 - 24h00	Todos os dias	1-1 Sakuragi-cho, Naka-ku Tel.: 212-3535	2 min a pé da estação "Sakuragi-cho" da JR e metrô
Centro de Atendimento de Emergência à Noite da Região Norte da Cidade de Yokohama	Clínica Geral, Pediatria	20h00 - 24h00		1-23-4 Ushi- kubo-Nishi, Tsuzuki-ku Tel.: 911-0088	8 min a pé da estação "Center- Kita" do metrô
Centro de Atendimento de Emergência à Noite da Região Sudoeste da Cidade de Yokohama	Clínica Geral, Pediatria			1-9-8 Nakata-Kita, Izumi-ku (Previsão de transferência a 5-1-5 Izumichuo-kita, Izumi-ku ainda em 2020.) Tel.: 806-0921	7 min a pé da estação "Tateba" do metro (Após a mudança: 7 minutos a pé da estação "Izumi Chuo" Sagami linha Izumino)

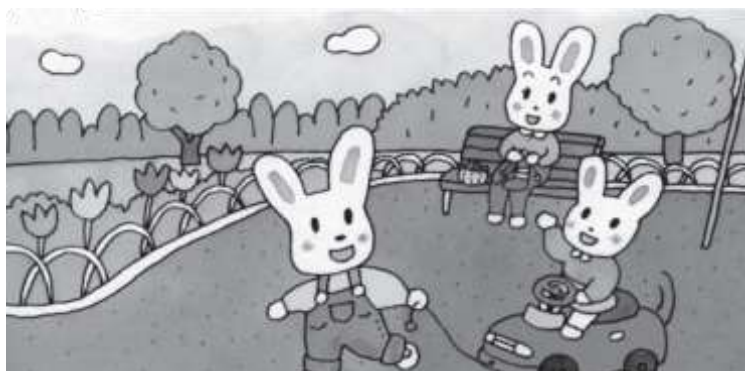
● Clínica de emergência com atendimento nos feriados (doença súbita aos domingos, feriados e final/início de ano)

Clínica	Especialidades	Horário do atendimento	Dias de atendimento	Telefone e endereço	Estação mais próxima
Bairro de Tsurumi	Clínica Geral, Pediatria	10h00 - 16h00	Domingos, feriados, final e início do ano (30/12 a 3/1)	3-4-22 Tsurumi-cho, Tsurumi-ku Tel.: 503-3851	12 min a pé da estação "Tsurumi" da JR, 10 min a pé da estação "Keikyu-Tsurumi" da Keikyu
Bairro de Kanagawa		10h00 - 16h00		Haato Tomo Kanagawa terceiro andar 1-8-4 Tanmachi, Kanagawa-ku Tel.: 317-5474	5 min a pé da estação "Tanmachi" da Tokyu, 10 min a pé da estação "Kanagawa" da Keikyu, 10 min a pé da estação "Higashi Kanagawa" da JR, 1 min a pé da parada "Tanmachi" do ônibus que parte da saída oeste da estação "Yokohama"
Bairro de Nishi		10h00 - 16h00		1-15-18 Chuo, Nishi-ku (Até março de 2021, consultas provisoriamente em 1-5-10 Chuo, Nishi-ku, dentro do terreno da subprefeitura do distrito devido à mudança) Tel.: 322-5715	3 min a pé da parada "Nishi-ku Sogo- chosha Iriguchi" do ônibus que parte da estação "Yokohama", 10 min a pé da estação "Tobe" da Keikyu
Bairro de Naka		10h00 - 16h00		2-353 Honmoku-cho, Naka-ku Tel.: 622-6372	1 min a pé da parada "Honmoku 2-chome" do ônibus que parte da estação "Yokohama" da JR
Bairro de Minami		10h00 - 16h00		4-76-1 Shuku-cho, Minami-ku Tel.: 731-2416	5 min a pé da estação "Maita" do metrô
Bairro de Konan		10h00 - 16h00		7-29 Konan-Chuo-dori, Konan-ku Tel.: 842-8806	5 min a pé da estação "Konan-Chuo" do metrô
Bairro de Hodogaya		10h00 - 16h00		1-21 Tenno-cho, Hodogaya-ku Tel.: 335-5975	8 min a pé da estação "Tenno-cho" da Sotetsu
Bairro de Asahi		10h00 - 16h00		1-88-16 Futamatagawa, Asahi-ku Tel.: 363-2020	1 min a pé da parada "Light Center- Mae" do ônibus que parte da estação "Futamatagawa" da Sotetsu
Bairro de Isogo		10h00 - 16h00		1-3-13, Isogo, Isogo-ku Tel: 753-6011	Pegando o ônibus "Hama" da estação "Negishi" JR, 2 minutos a pé; pegando o ônibus "Hama" da estação "Isogo" JR, 4 minutos a pé
Bairro de Kanazawa		Clínica Geral, Pediatria Odontologia		10h00-16h00 10h00 - 12h00 (de 30 de dezembro a 3 de janeiro e no feriado de maio)	

Clínica	Especialidades	Horário do atendimento	Dias de atendimento	Telefone e endereço	Estação mais próxima
Bairro de Kohoku	Clínica Geral, Pediatria	10h00 - 16h00	Domingos, feriados, final e início do ano (30/12 a 3/1)	7-8-27 Kikuna, Kohoku-ku Tel.: 433-2311	10 min a pé da estação "Kikuna" da JR e Tokyu
Bairro de Midori		10h00 - 16h00		3-16-2 Nakayama, Midori-ku Tel.: 937-2300	2 min a pé da parada "Koshuha Mae" do ônibus que parte da estação "Nakayama" da JR
Bairro de Aoba		9h00 - 12h00 13h00 - 16h00		31-21 Ichigao-cho, Aoba-ku Tel.: 973-2707	8 min a pé da estação "Ichigao" da Tokyu
Bairro de Tsuzuki		10h00 - 16h00		1-23-4 Ushikubo-Nishi, Tsuzuki-ku Tel.: 911-0088	8 min a pé da estação "Center-Kita" do metrô
Bairro de Totsuka		10h00 - 16h00		4141-1 Totsuka-cho, Totsuka-ku Tel.: 861-3335	10 min a pé da estação "Totsuka" da JR e metrô
Bairro de Sakae		10h00 - 16h00		635 Kuden-cho, Sakae-ku Tel.: 893-2999	15 min a pé da estação "Hongodai" da JR
Bairro de Izumi		10h00 - 16h00		1-9-8 Nakata-Kita, Izumi-ku Tel.: 801-2280 (Prevista alteração para 806-0921 ainda em 2020) (Previsão de transferência a 5-1-5 Izumichuo-kita, Izumi-ku ainda em 2020.)	7 min a pé da estação "Tateba" do metro *(Após a mudança: 7 minutos a pé da estação "Izumi Chuo" Sagami linha Izumino)
Bairro de Seya		10h00 - 16h00		489-46 Futatsubashi-cho, Seya-ku, Tel.: 360-8666	13 min a pé da estação "Mitsukyo" da Sotetsu
Centro de Tratamento Odontológico da Cido de Yokohama*1	Odontologia	19h00 - 23h00 (a recepção é até as 22h30)	Todos os dias	6-107 Aioi-cho, Naka-ku Tel.: 201-7737	10 min a pé da estação "Sakuragicho" da JR e 5 min a pé da estação Kannai do metrô, 5 min a pé da estação "Bashamichi" da Minatomirai
		10h00 - 16h00 (a recepção é até as 15h30)	Domingo, feriado, final e início do ano (29/12 a 4/1)		

*1 Além do tratamento dentário de emergência, o centro oferece tratamento para pessoas portadoras de deficiência mental ou física das 9h00 da manhã até as 5h00 da tarde, de segunda a sábado (exceto aos feriados, final de ano e Ano Novo) (é preciso marcar a consulta).

* O código telefônico da cidade é 045



Lista do Setor de Seguro da Seção de Seguro e Pensão da Prefeitura

区役所保険年金課保険係一覧

Prefeitura do Bairro	Número de telefone			Endereço	Estação mais próxima	Fax
	Qualificação e taxa de seguro	Recolhimento da taxa de seguro	Benefícios a idosos de idade avançada, benefícios médicos, etc.			
Tsurumi	(510)1807	(510)1808-09	(510)1810	3-20-1 Tsurumi-Chuo, Tsurumi-ku, 230-0051	9 min a pé da estação "Tsurumi" da JR, 7 min a pé da estação "Keikyu Tsurumi" da Keikyu	(510)1898
Kanagawa	(411)7124	(411)7029	(411)7126	3-8 Hirodai Ota-machi, Kanagawa-ku, 221-0824	7 min a pé da estação "Higashi Kanagawa" da JR e "Tanmachi" da Tokyu	(322)1979
Nishi	(320)8425-26	(320)8475	(320)8427-28	1-5-10 Chuo, Nishi-ku, 220-0051	8 min a pé da estação "Tobe" da Keikyu, 10 min a pé da estação "Hiranumabashi" da Sotetsu	(322)2183
Naka	(224)8315-16	(224)8313-14	(224)8317-18	35 Nihon O-dori, Naka-ku, 231-0021	10 min a pé da estação "Kannai" da JR e metrô, 5 minutos a pé da linha Minatomirai, Nihon Oodoori	(224)8309
Minami	(341)1126	(341)1127	(341)1128	2-33 Urafune-cho, Minami-ku, 232-0024	8 min a pé da estação "Bandobashi" do metrô, 14 min a pé da estação "Kogane-cho" da Keikyu	(341)1131
Konan	(847)8425	(847)8426	(847)8423	4-2-10 Konan, Konan-ku, 233-0003	2 min a pé da estação "Konan-Chuo" do metrô	(845)8413
Hodogaya	(334)6335	(334)6337	(334)6338	2-9 Kawabe-cho, Hodogaya-ku, 240-0001	2 min a pé da estação "Hoshikawa" da Sotetsu	(334)6334
Asahi	(954)6134	(954)6137	(954)6138	1-4-12 Tsurugamine, Asahi-ku, 241-0022	7 min a pé da estação "Tsurugamine" da Sotetsu	(954)5784
Isogo	(750)2425	(750)2431	(750)2428	3-5-1 Isogo, Isogo-ku, 235-0016	3 min a pé da estação "Isogo" da JR	(750)2545
Kanazawa	(788)7835-36	(788)7837	(788)7838-39	2-9-1 Deiki, Kanazawa-ku, 236-0021	12 min a pé da estação "Kanazawa Hakkei" da Keikyu e Seaside Line, 12 min a pé da estação "Kanazawa Bunko" da Keikyu	(788)0328
Kohoku	(540)2349	(540)2350	(540)2351	26-1 Mamedo-cho, Kohoku-ku, 222-0032	7 min a pé da estação "Okurayama" da Tokyu	(540)2355
Midori	(930)2341	(930)2342	(930)2344	118 Terayama-cho, Midori-ku, 226-0013	5 min a pé da estação "Nakayama" da JR	(930)2347
Aoba	(978)2335	(978)2431	(978)2337	31-4 Ichigao-cho, Aoba-ku, 225-0024	8 min a pé da estação "Ichigao" da Tokyu	(978)2417
Tsuzuki	(948)2334-35	(948)2338	(948)2336-37	32-1 Chigasaki-Chuo, Tsuzuki-ku, 224-0032	6 min a pé da estação "Center-Minami" do metrô	(948)2339
Totsuka	(866)8449	(866)8445	(866)8450	16-17 Totsuka-cho, Totsuka-ku, 244-0003	2 min a pé da estação "Totsuka" da JR e metrô	(871)5809
Sakae	(894)8425	(894)8425	(894)8426	303-19 Katsura-cho, Sakae-ku, 247-0005	10 min a pé da estação "Hongodai" da JR	(895)0115
Izumi	(800)2425-26	(800)2428-29	(800)2427	5-1-1 Izumi-chuo Kita, Izumi-ku, 245-0024	5 min a pé da estação "Izumi-Chuo" da Sotetsu	(800)2512
Seya	(367)5725-26	(367)5672	(367)5727-28	190 Futatsubashi-cho, Seya-ku, 246-0021	10 min a pé da estação "Mitsukyo" da Sotetsu	(362)2420

◆ Horário de funcionamento da Seção de Seguro e Previdência da prefeitura do bairro

<<Horário de funcionamento>> 8:45 às 17:00 de segunda a sexta-feiras e ★ 9:00 às 12:00 dos segundo e quarto sábados do mês (exceto feriados e final e início do ano).

★ Funcionará normalmente, mas conforme o bairro poderá haver algum setor que não funcionará nesses dias, por isso consulte a Seção de Seguro e Previdência da prefeitura do seu bairro.

Seção de seguro nacional de saúde da prefeitura municipal

市役所国民健康保険担当課

Prefeitura Municipal	Informações	Nº telephone	Endereço	Estação mais próxima	FAX
	Seção de Seguro e Pensão da Divisão de Saúde e Assistência Social	(671) 2421 2422 2424	6-50-10 Honcho, Naka-ku, Cidade de Yokohama, 231-0005	transferência direta pela saída 1C da estação "Bashamichi" da linha Minatomirai 3 minutos a pé da estação "Sakuragi-cho" do metrô municipal/JR,	(664)0403

* O código telefônico da cidade de Yokohama é 045.

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

Seguro Nacional de Saúde: Na ocorrência dos seguintes casos, comunique sem falta.

国民健康保険、こんな時には忘れずに届出を

A declaração deve ser feita dentro de 14 dias, no Setor de Seguro da Seção de Seguro e Pensão da Prefeitura do Bairro onde reside.

Categoria	Motivo	Documentos necessários
Inscrição no Seguro Nacional de Saúde do município de Yokohama	Ao se desligar do seguro de saúde da empresa ou da Cooperativa do Seguro Nacional de Saúde	Certificado de perda de qualificação do Seguro de Saúde (*1) Caderneta de poupança, "inkan" (carimbo) do registro da instituição financeira (desnecessário caso já tenha providenciado o débito automático)
	Ao se mudar do exterior para a cidade	Passaporte
	Ao se mudar de outra cidade para esta	Cartão de permanência ou Certificado Especial de Residente Permanente
	Ao deixar de receber auxílio-sobrevivência	Comunicado de cancelamento ou suspensão do auxílio-sobrevivência
	Quando nascer uma criança	Carteira de Saúde Materno-Infantil
Desligamento do Seguro Nacional de Saúde do município de Yokohama	Ao retornar ao país de origem	Passaporte
	Ao ingressar no seguro de saúde da empresa ou na Cooperativa do Seguro Nacional de Saúde	Certificado do Seguro (*2) em que se inscreveu ou Certificado de Obtenção de Qualificação do Seguro de Saúde
	Ao se mudar para outra cidade	—
	Ao passar a receber auxílio-sobrevivência	Comunicado da decisão de recebimento de auxílio-sobrevivência
	Quando falecer	Comprovante de óbito
Outros	Mudança dentro do mesmo bairro	—
	Quando mudar o chefe de família	
	Separação ou junção de famílias	
	Alteração do nome	
	Ao mudar de outro bairro para este (*4)	Certificado do seguro do bairro onde reside
	Ao passar a viver fora da cidade por motivo de estudo	Atestado escolar
	Quando perder ou sujar o certificado de seguro	Em caso de extravio, leve documentos, tais como aviso de confirmação do valor do seguro, guia de pagamento, etc., que possibilitem saber o número do certificado e, em caso de danificação por sujeira, leve o próprio certificado sujo.

Cartão de residência, etc. e carimbo pessoal (que utiliza almofada de tinta vermelha. Caso seja usual o uso da assinatura, não há necessidade do carimbo)

Pode ser solicitada a confirmação do my number durante o atendimento.

- *1 O comprovante de perda de qualificação pode ser emitido pela empresa da qual se demitiu ou pelo órgão que emitiu o certificado de seguro.
- *2 Traga o(s) certificado(s) de seguro correspondente a todas as pessoas das quais solicitam o desligamento.
- *3 Traga o(s) certificado(s) de seguro correspondente a todas as pessoas das quais haverá mudança de endereço ou o certificado do chefe de família do qual houve alteração de endereço ou outros dados.
Quem está de posse do Certificado de Beneficiário de Seguro de Idoso ou cartão de exame de saúde específico, deverá trazê-lo também.
- *4 Comunique ao Setor de Seguro da Seção de Seguro e Pensão da Prefeitura do seu novo bairro ao qual se mudar.

YOKOHAMA
ENJOY WALKING
さあ歩こうヨコハマ。