

0 Introducción

Este panfleto explica el programa del Seguro Nacional de Salud (SNS) en inglés, chino, portugués, español, coreano y tagalog, para los extranjeros que residen en la Ciudad de Kawasaki. Esperamos que sea de utilidad tanto para los residentes extranjeros como para los japoneses que están en contacto frecuente con los extranjeros y deseamos que los residentes extranjeros disfruten de una vida sana, placentera y provechosa en la Ciudad de Kawasaki.

1 Qué es el Seguro Nacional de Salud

El sistema de seguro de salud del Japón puede dividirse generalmente en tres tipos—seguro de salud del empleado para aquellos afiliados con un lugar de empleo, seguro nacional de salud para residentes de cada región y seguro de salud para ancianos (personas de la tercera edad), como regla para aquéllos que tengan 75 años y más. El SNS es un programa de asistencia mutua en el que aquellas personas que están inscritas pagan primas a un fondo financiero común en el que el gobierno nacional y las municipalidades locales realizan sus aportes.

Requisitos de elegibilidad del Seguro Nacional de Salud

Los residentes extranjeros registrados en el sistema de registro básico de residentes (residentes extranjeros que tienen un estatus de residencia de visa válido según la Ley de Control de Inmigración y Reconocimiento de Refugiados, que pueden permanecer en el Japón por más de tres meses y que tienen una dirección en el Japón) tienen derecho a inscribirse. Sin embargo, esto excluye a quienes están inscritos en otra forma de seguro de salud público (incluyendo aquéllos que están inscritos como dependientes), aquéllos que están inscritos en el seguro de salud para ancianos (personas de la tercera edad), aquéllos que reciben ayuda financiera pública para el sustento diario y aquéllos que tienen un estatus de residencia de visa para actividades designadas con la finalidad de recibir tratamiento médico y aquéllos cuyo propósito de visitar Japón es hacer turismo o realizar actividades recreativas.

Nota: Las personas que hayan recibido un certificado aplicable que compruebe que están inscritos en un plan de salud de una institución de seguro médico de los Estados Unidos, Bélgica, Francia, los Países Bajos, la República Checa, Suiza, Hungría o Luxemburgo están exentos de inscribirse en el Sistema de Seguro de Asistencia Médica de Japón.

Fecha de inscripción en el Seguro Nacional de Salud

- (1) Fecha de mudanza a la ciudad desde otra municipalidad (si se inscribió en el SNS en su dirección anterior)
- (2) Fecha de pérdida de elegibilidad para inscribirse en el plan de seguro de salud en el lugar de empleo
- (3) Fecha de nacimiento
- (4) Fecha de terminación de la ayuda financiera pública para el sustento diario
- (5) Fecha de pérdida de elegibilidad para la inscripción en un sindicato del SNS
- (6) Fecha en que completa su inscripción de residente (excepto en el caso de [1])

Fecha de pérdida de elegibilidad para el Seguro Nacional de Salud

- (1) Fecha posterior o fecha real de la mudanza a otra municipalidad (o de salida del Japón)
- (2) Fecha posterior a la fecha de inscripción en el seguro de salud en el lugar de empleo
- (3) Fecha posterior a la fecha de inscripción en el seguro de salud para ancianos (personas de la tercera edad)
- (4) Fecha posterior a la fecha de fallecimiento
- (5) Fecha de inicio de la ayuda financiera pública para el sustento diario
- (6) Fecha de elegibilidad para la inscripción en un sindicato del SNS

Casos especiales del Sistema de direcciones

Cuando un miembro del SNS de la Ciudad de Kawasaki se muda a una dirección fuera de la Ciudad de Kawasaki debido a una hospitalización de largo plazo o ingreso en una institución tal como una institución de bienestar infantil, institución de apoyo a personas discapacitadas, hogar pagado para ancianos, vivienda con atención para las personas adultas mayores, hogar con bajas tarifas para ancianos, residencia de ancianos o institución del seguro de atención de enfermería, él/ella continúa siendo afiliado al SNS de la Ciudad de Kawasaki.

Aquellas personas que tienen derecho a este sistema deben presentar una notificación a la Sección de Seguros y Pensiones de la Oficina Distrital local o a la Subdivisión de Seguros y Pensiones del Centro de Residentes local cuando presentan una notificación para mudarse de la ciudad.

Tarjeta del Seguro Nacional de Salud

Una tarjeta del Seguro Nacional de Salud (SNS) se emite a aquellas personas que están inscritas en el Seguro Nacional de Salud (los residentes entre los 70 y 74 años de edad reciben una tarjeta de asegurado/tarjeta de receptor para ancianos). Debido a que la tarjeta es un certificado de inscripción en el Seguro Nacional de Salud, úsela con cuidado para evitar perderla o romperla. Además, asegúrese de llevarla con usted cuando reciba tratamiento en una institución médica.

Una tarjeta del SNS se emite a cada afiliado individual. Asegúrese de no confundir su tarjeta con la de otro afiliado de su familia. Además, si un afiliado vive en otra municipalidad para asistir a la escuela, puede emitirse una tarjeta de seguro de salud Maru-Gaku previa presentación de una solicitud.

- (1) Cuando reciba su tarjeta del SNS, revísela para asegurarse que no haya errores, tales como errores en su nombre.
- (2) Si existe algún error o cambio en la información en la tarjeta, tal como su nombre, presente una notificación. Si usted mismo corrige la tarjeta, ésta no será válida.

- (3) La tarjeta del SNS se invalida después de la fecha de expiración. Si tiene una tarjeta del SNS cuya fecha de expiración es el día siguiente a la fecha de expiración de su visa y desea seguir usando la tarjeta, complete los procedimientos de renovación de visa en la Oficina de Inmigración Regional de su localidad y luego obtenga otra tarjeta del SNS en la Oficina Distrital local o en el Centro de Residentes.
- (4) La ley castiga prestar una tarjeta del SNS a otra persona o utilizar la tarjeta de otra persona.
- (5) Debido a que la validez de la Tarjeta del Seguro Nacional de Salud expira a finales de julio (excepto en ciertos casos, tales como cuando la fecha de vencimiento es el día siguiente de la expiración de la visa del titular de la tarjeta), todas las tarjetas se renuevan anualmente en agosto. La nueva tarjeta se envía por correo de forma certificada especial, pero aquellos que deseen vía envío certificado simple deberán solicitarlo al Centro de Llamadas del Seguro Nacional de Salud y Seguro de salud para ancianos (personas de la tercera edad) de la Ciudad de Kawasaki (Tel: 044-982-0783).

Nota: Debido a que las tarjetas del Seguro Nacional de Salud se envían por correo a cada hogar, las personas no pueden seleccionar entre el envío por correo de forma certificada especial o el envío certificado simple.

Presente una notificación al Seguro Nacional de Salud tan pronto como sea posible

Si se encuentra en la condición de inscripción o pérdida de elegibilidad para la inscripción en el SNS, tiene un plazo de 14 días para notificar a la Sección de Residentes de la Oficina Distrital local o al Centro de Residentes local. Ninguna notificación de inscripción ni de pérdida de elegibilidad puede presentarse antes que se produzca el cambio. Además, no es necesario una notificación si se inscribe en el seguro de salud para ancianos (personas de la tercera edad) porque cumplió los 75 años de edad.

Aún si está fuera del plazo de presentación de la notificación para la inscripción, la fecha de inscripción permanece como se indicó anteriormente. Como las primas del seguro se cobran desde el mes de inscripción, usted debe pagar las primas correspondientes desde la fecha de inscripción.

Si incurre en gastos en la institución médica antes de presentar la notificación para la inscripción, los gastos médicos deben ser completamente asumidos por usted a menos que la demora en la presentación de la notificación se hubiera debido a circunstancias inevitables.

Cuando se hace un chequeo médico en una institución médica pero la cobertura de su tarjeta de seguro de salud ha expirado, deberá pagar la tarifa médica en una fecha posterior. Por consiguiente, cuando renueva/se afilia a su nuevo programa de seguro médico, tenga a bien seguir prontamente el procedimiento necesario para cancelar su cobertura de seguro nacional de salud. En ese caso, asegúrese de devolver la tarjeta de seguro nacional de salud original.

2 Primas del Seguro Nacional de Salud

Cálculo de las primas del Seguro Nacional de Salud para el año fiscal 2019

Las primas del SNS son la suma de las primas por la porción del seguro médico, primas por la porción para apoyo a los ancianos (personas de la tercera edad) y primas por la porción del seguro de atención de enfermería. La fórmula es la siguiente:

Primas anuales del seguro = Primas por la porción del seguro médico + primas por la porción para apoyo a los ancianos (personas de la tercera edad) + primas por la porción del seguro de atención de enfermería

• Primas por la porción del seguro médico

Importe proporcional según ingresos Monto total estándar para todo afiliado al SNS en el hogar × 7,06%	+	Importe proporcional homogéneo No. de afiliados al SNS en el hogar × ¥35.278	=	Primas por la porción del seguro médico (límite máximo: ¥610.000)
---	---	--	---	--

• Primas por la porción para apoyo a los ancianos

Importe proporcional según ingresos Monto total estándar para todo afiliado al SNS en el hogar × 2,40%	+	Importe proporcional homogéneo No. de afiliados al SNS en el hogar × ¥11.681	=	Primas por la porción para apoyo a los ancianos (personas de la tercera edad) (límite máximo: ¥190.000)
---	---	--	---	--

• Primas por la porción del seguro de atención de enfermería

Importe proporcional según ingresos Monto total estándar para todo afiliado al SNS en el hogar que se encuentre entre 40 y 64 años de edad × 2,07%	+	Importe proporcional homogéneo No. de afiliados al SNS en el hogar entre los 40 y 64 años de edad × ¥12.438	=	Primas por la porción del seguro de atención de enfermería (límite máximo: ¥160.000)
---	---	---	---	--

Si se une al programa a mediados de un año fiscal, se le aplicará el monto calculado de acuerdo a la siguiente fórmula: Monto de las primas anuales × No. de meses de inscripción/12.

* Monto estándar: El monto resultante después de restar la deducción básica (¥330.000) del monto del ingreso total que obtuvo en el 2018. El monto estándar se calcula para cada miembro del SNS. Toma un poco más de tiempo calcular el monto estándar para aquellas personas que se mudaron a la Ciudad de Kawasaki el 2 de enero de 2019 o después.

Medida Propia de Reducción de la Tasa del Seguro Nacional de Salud de la Ciudad de Kawasaki (La solicitud no es necesaria.)

Para reducir la carga de las tasas de seguro, las familias que tienen algún asegurado que se ajuste a los siguientes criterios, la ciudad de Kawasaki, como una medida propia de reducción, mantendrá por un tiempo indefinido el cálculo de importe proporcional según ingresos después de deducir el valor predeterminado del monto estándar (las personas que corresponden a los ítems (1) y (2), dentro de las personas inscritas en el Seguro Nacional de Salud de la misma familia, se deducirá de la “persona que tiene el valor más alto de monto estándar”; las personas que corresponden al ítem (3) se deducirá de la “persona inscrita en el Seguro Nacional de Salud que se beneficia de la deducción correspondiente”).

Para beneficiarse de la medida de reducción es necesaria la prueba de ingresos de todos los miembros de la familia registrados en el Seguro Nacional de Salud.

[Estándares de la Medida Propia de Reducción de la Ciudad de Kawasaki]

Estándar	Valor a Deducir
(1) Personas registradas en el Seguro Nacional de Salud con 16 años incompletos en la fecha actual del 31 de diciembre de 2018*	¥330.000 × Número de personas correspondientes
(2) Personas registradas en el Seguro Nacional de Salud con 16 años completos a 19 años incompletos en la fecha actual del 31 de diciembre de 2018*	¥120.000 × Número de personas correspondientes
(3) Personas registradas en el Seguro Nacional de Salud que recibieron la "Deducción de Personas Excepcionales" en la declaración de impuesto residencial del año fiscal de 2019	Valor equivalente a la deducción de las personas excepcionales

* El ingreso total del año anterior debe ser igual o inferior a ¥ 380.000.

Reducción de las primas del Seguro Nacional de Salud según el estándar de ingresos (La solicitud no es necesaria.)

Las primas de seguro (el importe proporcional homogéneo) pueden reducirse para hogares cuyos ingresos obtenidos durante el año 2018 cumplen con cualquiera de los siguientes estándares:

Estándar	Tasa de reducción
Ingreso total, etc.* menor o igual a ¥330.000	70%
Ingreso total, etc.* menor o igual a (¥330.000 + ¥280.000 × No. de afiliados al SNS en el hogar)	50%
Ingreso total, etc.* menor o igual a (¥330.000 + ¥510.000 × No. de afiliados al SNS en el hogar)	20%

* Ingreso total, etc.: Ingreso total de todos los afiliados al SNS en el hogar (incluye el jefe del hogar que no está inscrito en el SNS) a la fecha de pago del importe proporcional, la cual es el 1 de abril del año fiscal aplicable. (Sin embargo, para los hogares inscritos en el SNS a mediados del año fiscal, la fecha de pago del importe proporcional es la fecha de inscripción en el SNS.)

- Si una persona inscrita en el Seguro Nacional de Salud, cuya familia reciba la reducción según el estándar de ingresos complete 75 años y se inscriba de nuevo en el Seguro de Salud para Ancianos (personas de la tercera edad), si no hay cambio en la composición de la familia o de los ingresos incluso con la reducción del número de personas aseguradas, se mantiene la reducción del valor de las primas del seguro.
- Los hogares que no han declarado un ingreso obtenido durante el año 2018 y los hogares cuyo estatus de ingresos no está claro no pueden ser evaluados para reducción; es necesario una declaración de ingresos (para la municipalidad de residencia el 1 de enero) o una declaración de ningún ingreso. Si cumple alguno de los estándares mencionados anteriormente, tiene derecho a la reducción de la prima del seguro.

Reducción de las primas del Seguro Nacional de Salud por desempleo involuntario (Se requiere presentar una solicitud).

Existen programas de reducción de la prima del seguro¹ para aquellas personas sin trabajo debido a bancarrota, despido o terminación del contrato de empleo.

Aquellos que perdieron su trabajo el 31 de marzo de 2018 o después y están recibiendo los beneficios de búsqueda de trabajo², como receptor especial o persona desempleada por razones especiales según el sistema de seguro de empleo, tienen derecho a la reducción de las primas de seguro para el año fiscal 2019.

Ventanilla de servicios de solicitudes	Sección de Seguros y Pensiones de la Oficina Distrital local o Subdivisión de Seguros y Pensiones del Centro de Residentes local
Qué debe llevar	Tarjeta de seguro de salud, tarjeta de receptor del seguro de empleo ³ de la persona a quien se aplica, y el sello personal
Reducción	Las primas de seguro de las personas desempleadas se calcularán como el 30 por ciento del ingreso anual
Período de reducción	Hasta el final del siguiente año fiscal después del año fiscal del día siguiente al desempleo. (Si se pierde la elegibilidad para afiliación al SNS durante el período de reducción, el período dura hasta que se pierde la elegibilidad)

1. Si la medida propia de reducción de la ciudad de Kawasaki también es aplicable, se calculará la prima del seguro sobre el monto estándar tras la aplicación de la medida propia de reducción de la ciudad de Kawasaki, o la medida de reducción para las personas desempleadas involuntariamente, la que tiene el monto estándar más bajo.
2. Las personas elegibles son aquellas cuya razón de desempleo en la tarjeta de receptor del seguro de empleo es alguno de los siguientes números de 2 dígitos: 11, 12, 21, 22, 23, 31, 32, 33 ó 34.
3. Aquellos que tienen una tarjeta de receptor especial de seguro de empleo (特) o tarjeta de receptor para ancianos del seguro de empleo (高) no son elegibles.

Otros programas de reducción/exención de la prima del Seguro Nacional de Salud (Se requiere presentar una solicitud).

Si la persona con obligación de pago de primas o afiliados al SNS en el hogar enfrentan alguna de las siguientes situaciones y están atravesando dificultades financieras para pagar las primas de seguro, existe un programa de reducción/exención para los hogares que cumplen con los criterios designados.

Tipo de reducción/exención	Situación del estándar de reducción/exención
1 Reducción/exención por desastre	Si la residencia u oficina queda gravemente dañada por un terremoto, tormenta/inundación, rayo, incendio u otro desastre
2 Reducción/exención por dificultades financieras para el sustento diario	Si está atravesando por una dificultad financiera para obtener el sustento diario debido a una enfermedad de largo plazo, lesión o por otras razones.
3 Reducción/exención por disminución del ingreso	Si el ingreso ha disminuido fuertemente debido a la jubilación, cierre del negocio, etc.
4 Reducción/exención por beneficios restringidos	Para aquellos que están encarcelados o detenidos en un centro de detención penal o cárcel de menores

Solicite la reducción/exención antes de la fecha de vencimiento del pago de las primas de seguro.

Tome nota que la reducción/exención no se aplica a las primas de seguro que ya se pagaron (excepto en el caso de desastres o reducción/exención con beneficios restringidos).

Ventanilla de recepción de solicitudes	Sección de Seguros y Pensiones de la Oficina Distrital local o Subdivisión de Seguros y Pensiones del Centro de Residentes local
Qué debe llevar	Tarjeta de seguro de salud, documentación que verifique el hecho (llame para solicitar más información), sello personal

Reducción/exención de la prima del Seguro Nacional de Salud para dependientes de aquellas personas inscritas en el seguro de salud para ancianos (personas de la tercera edad) (Se requiere presentar una solicitud).

Cuando una persona que estuvo inscrita en el seguro de salud del lugar del empleo (el mismo/la misma afiliado(a)) se inscribe en el seguro de salud para ancianos (personas de la tercera edad) y un dependiente (sólo aquéllos entre los 65 y 74 años de edad) debe inscribirse en el SNS, existen programas de reducción/exención de las primas de seguro.

Ventanilla de recepción de solicitudes	Sección de Seguros y Pensiones de la Oficina Distrital local o Subdivisión de Seguros y Pensiones del Centro de Residentes local
Qué debe llevar	Tarjeta de seguro de salud, certificado de pérdida de elegibilidad u otro documento similar, sello personal

La notificación de las primas del Seguro Nacional de Salud se envía al jefe del hogar

El jefe del hogar es responsable de pagar las primas del SNS. Aún en los hogares en los que el jefe del hogar no esté afiliado al SNS, es responsable de hacer los pagos al SNS. Por lo tanto, las facturas de las primas del seguro de salud se envían por correo a quien es en la práctica el jefe del hogar. Sin embargo, cuando se calculan las primas del SNS, solamente se calcula la porción de seguro médico de aquellos afiliados al SNS.

Si usted es un afiliado al SNS, forma parte de dicho hogar, y quisiera convertirse en el jefe del hogar para los registros del SNS (es decir, la persona responsable de pagar las primas), puede hacer el cambio si cumple con los requisitos tales como haber pagado las primas de seguro por completo. Tenga a bien completar los procedimientos designados para hacer el cambio en la Sección de Seguros y Pensiones de la oficina distrital local o Subdivisión de Seguros y Pensiones del Centro de Residentes local.

Primas por la porción del seguro de atención de enfermería

(1) Aquéllos que se encuentran entre los 40 y 64 años de edad (Afiliados de la categoría 2 del Seguro de atención de enfermería)

La porción del seguro de atención de enfermería de las primas de seguro se calcula como parte de las primas del SNS.

La notificación de cambio en las primas de seguro se envía por correo a aquéllos que cumplen 40 años de edad el mes siguiente del cumpleaños 40 o el mes posterior a éste.

(2) Aquéllos que tienen 65 años de edad o más (Afiliados de la categoría 1 del Seguro de atención de enfermería)

Las primas del seguro de atención de enfermería para aquéllos que tienen 65 años de edad o más no se calculan como parte de las primas del SNS. La Sección de Seguros y Pensiones de la Oficina Distrital local o Subdivisión de Seguros y Pensiones del Centro de Residentes local envía un anuncio separado sobre el monto de las primas del SNS.

Durante el año fiscal en que un afiliado cumple 65 años de edad, las primas por la porción del seguro de atención de enfermería se calculan hasta el mes anterior en que el afiliado cumple 65 años de edad y se añaden a las primas por la porción del seguro médico, notificándose al afiliado sobre el total.

(3) Aquéllos que no son elegibles como afiliados de la categoría 2 del Seguro de atención de enfermería (Las primas de la porción del seguro de atención de enfermería no se calculan.)

Si cualquiera de las condiciones siguientes se aplica a usted, complete la notificación designada en la Sección de Seguros y Pensiones de la Oficina Distrital local o en la Subdivisión de Seguros y Pensiones del Centro de Residentes en un plazo de 14 días.

- Aquéllos que están hospitalizados o que han ingresado a una institución para niños con grave discapacidad física o mental, hogar nacional de descanso designado, institución para aquéllos con la enfermedad de Hansen, institución de auxilio según la Ley de Asistencia Pública, etc.
- Personas con discapacidad física que han ingresado en una institución de apoyo para discapacitados (sólo aquéllas que ofrecen cuidado de enfermería para el sustento diario) designada por la Ley de Servicios y Apoyos Integrales a Personas con Discapacidad, y personas que han ingresado en una institución de apoyo designada para personas con discapacidad emocional o mental (sólo instituciones que ofrecen cuidado de enfermería para el sustento diario y servicios a personas con autorización para recibir los beneficios al ingresar a dichas instituciones).

Si está fuera de plazo para completar la inscripción

Aún si estuviera fuera de plazo para presentar una notificación de inscripción, la fecha de inscripción se considera como la correspondiente al día en que se cumplieron las condiciones de inscripción. En este caso las primas de seguro se calculan en forma retroactiva al mes de inscripción.

Si se considera la fecha de inscripción como aquélla correspondiente al año fiscal anterior o antes, las primas de seguro se calculan para cada año fiscal y se envía la notificación de primas.

Con relación a las primas del Seguro Nacional de Salud durante el año fiscal en que un miembro cumple 75 años de edad

Como afiliados inscritos al Seguro de salud para ancianos (personas de la tercera edad), en el cumpleaños 75 los afiliados deben pagar las primas del Seguro de salud para ancianos (personas de la tercera edad) a partir del cumpleaños 75. La Asociación Regional del Seguro de Salud para Ancianos (Personas de la tercera edad) de la Prefectura de Kanagawa y la Sección de Seguros y Pensiones de la Oficina Distrital local o la Subdivisión de Seguros y Pensiones del Centro de Residentes local le enviarán por correo avisos separados.

Las primas de seguro para el año fiscal durante el cual un afiliado cumple 75 años de edad se calcularán anticipadamente hasta el mes anterior al mes en que el afiliado cumple 75 años de edad y se notificará al afiliado.

Períodos de pago de la prima del Seguro Nacional de Salud

Aquéllos que pagan por cobranza regular (tal como con débito automático en cuenta o con una factura) pagan 10 cuotas de junio a marzo, mientras que aquéllos que pagan por cobranza especial (deducida de la pensión) pagan en seis cuotas en los meses con números pares.

	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	enero	febrero	marzo
Cobranza regular (tal como débito automático en cuenta o con una factura)			1er período	2do período	3er período	4to período	5to período	6to período	7mo período	8vo período	9no período	10mo período
Cobranza especial (deducida de la pensión)	1er período		2do período		3er período		4to período		5to período		6to período	

Las primas de seguro se calculan basadas en el ingreso total obtenido durante el año anterior y se determinan en junio, como el monto del impuesto al residente.

Como regla, la fecha de vencimiento del pago de las primas de seguro es el último día del mes. Sin embargo, si cae en sábado, domingo o feriado nacional, entonces la fecha de vencimiento es el día siguiente. La fecha de pago para el débito automático en cuenta es el día 27 del mes (el siguiente día hábil si el día 27 cae en feriado no laborable). (La fecha de vencimiento para la porción de diciembre [el séptimo período] es el 6 de enero).

Además, la fecha de pago por débito automático en cuenta es el día 27 del mes (si cae en sábado, domingo o feriado nacional, entonces la fecha es el siguiente día hábil).

Métodos de pago de la prima del Seguro Nacional de Salud

(1) Pago por débito automático en cuenta

Como regla, se aconseja pagar las primas mensuales de seguro mediante débito automático en una cuenta financiera. Usted puede hacer esto en la cuenta financiera de su elección. Puede elegir un método de pago y la fecha de pago de una de las siguientes opciones:

1. Pago del período completo (pago único): Puede pagar las primas de seguro de todo el año con un pago único. La fecha de pago sería el día 27 del vencimiento del primer período (junio). Si el inicio del servicio de débito automático no se solicita a tiempo para el primer período, los pagos se debitarán período por período para el año fiscal aplicable.
2. Pago período por período: Como regla, las primas de seguro anuales se pagan en diez (10) cuotas de junio a marzo del siguiente año. La fecha de pago es el día 27 del mes del vencimiento de cada cuota.

Notas:

- Si la fecha de pago (día 27) cae en feriado no laborable, entonces la fecha es el siguiente día hábil.
- Si las primas de seguro aumentan a mediados del año fiscal, el pago de la diferencia se debitará período por período, independientemente del método de pago que utilice comúnmente.
- Tome nota que luego de pagar las primas de seguro mediante un pago único, no se hará ninguna devolución, salvo en caso de haber hecho un sobre pago debido a una reducción de las primas.

◎ Cómo hacer un pedido de domiciliación bancaria

(1) Servicio de recepción de domiciliación bancaria "Pay Easy"

La aplicación se puede hacer mediante la lectura de la tarjeta magnética en los terminales específicos instalados en la Sección de Seguros y Pensiones de las oficinas distritales, y los centros de residentes locales.

Preparar los siguientes documentos:

- Un documento que muestre el número de la tarjeta del Seguro Nacional de Salud (tarjeta de seguro, aviso de pago, etc.)
- Tarjeta magnética del banco en el que desee realizar la domiciliación bancaria

Bancos autorizados

· Banco Kiraboshi, Banco Mizuho, Banco Mitsui Sumitomo, Banco Mitsubishi UFJ, Banco Yucho (banco del correo), Banco Yokohama, Banco Resona

· Banco de Crédito Kawasaki Shinkin, Banco de Crédito Shiba Shinkin, Banco de Crédito Setagaya Shinkin, Banco de Crédito Chuo Labor, Banco de Crédito Yokohama Shinkin

(Nota: Este servicio no puede estar disponible para algunos casos, dependiendo del tipo de la tarjeta magnética.)

(2) Aplicación en el banco

Hacer el procedimiento directamente en la ventanilla bancaria de la filial ubicada en la ciudad de Kawasaki, relleno los datos necesarios y poniendo el sello en la "Solicitud de Domiciliación Bancaria" (Solicitud de Pago Automático).

Preparar los siguientes documentos:

- Tarjeta del Seguro Nacional de Salud
- Libreta de la cuenta (ahorros)
- Sello utilizado en la apertura de la cuenta

(2) Pago por cobranza especial (deducido de la pensión)

Las primas se cobran mediante cobranza especial para aquellas personas que cumplen con todas las siguientes condiciones enumeradas del 1 al 4.

1. El jefe del hogar está inscrito en el SNS y todos los miembros del hogar en el SNS tienen entre 65 y 74 años de edad.
2. El jefe del hogar recibe una pensión de ¥180.000 o más por año.
3. El jefe del hogar tiene derecho a la cobranza especial de las primas del seguro de atención de enfermería, y el total de las primas del seguro de atención de enfermería y de las primas del SNS no excede la mitad del monto total de la pensión.
4. Se pagan las primas del Seguro Nacional de Salud a través de boletos de pago.

- Esto no se aplica si el jefe del hogar se inscribe en el seguro para ancianos (personas de la tercera edad) a mediados del año fiscal.
- Como sólo aquéllos de quienes la municipalidad recibe la notificación del asegurador de la pensión (tal como el ministro de salud, trabajo y bienestar) tienen derecho a la cobranza especial, el cumplimiento de todas las condiciones mencionadas anteriormente no significa que usted pagará por cobranza especial.
- Si los hogares que pagan por cobranza especial no pueden cumplir con las condiciones mencionadas anteriormente, el método de pago cambiará a cobranza regular.
- No puede elegir hacer el pago por cobranza especial por elección propia.
- Además, al solicitar un cambio para pagar por débito automático en cuenta, usted puede cambiar el método de pago de cobranza especial a débito en cuenta. Si ésta es la forma en la que quisiera hacer su pago, solicítelo a la Sección de Seguros y Pensiones de la Oficina Distrital local o a la Subdivisión de Seguros y Pensiones del Centro de Residentes local.

(3) Pago con una factura

Hasta que se completen los procedimientos para el débito automático en cuenta, usted recibirá facturas. Haga sus pagos en una institución financiera, oficina postal o tienda de conveniencia que aparezca en la parte posterior de la factura, o a través de Mobile Regi. (Tome nota que si el monto adeudado es más de ¥300.000, el pago no puede hacerse en una tienda de conveniencia ni a través de Mobile Regi).

¿Qué es Mobile-Regi?

Este es un servicio que hace posible pagar a través de los servicios de banca móvil de una institución financiera mediante la lectura del código de barras en la factura con la cámara de su teléfono celular/smartphone. Puede hacer su pago en forma fácil y segura en su casa, sin tener que ir a un banco o a una tienda de conveniencia. No se aplican cargos por servicio (aunque si se aplicarán cargos por comunicación).

Precauciones al utilizar este servicio

- (1) Puede utilizar este servicio si la factura tiene un código de barras impreso para pago en las tiendas de conveniencia y si la fecha de pago no ha vencido.
- (2) Debido a que no se emite un recibo, debe confirmar el pago revisando su estado de cuenta de la banca móvil o los ingresos en su libreta. Si necesita un recibo debe hacer su pago utilizando un método diferente.
- (3) Para más información sobre los métodos de pago e instituciones financieras que pueden utilizar este servicio, visite el sitio Web de Mobile-Regi.

Sitio Web de la computadora personal: <http://solution.cafis.jp/bc-pay/pc/>

Sitio Web del dispositivo móvil (teléfono celular/smartphone): <https://bc-pay.jp/>

Nota: Mobile-Regi es un servicio proporcionado por NTT Data Corporation.

Nota: Con relación a los montos de pago que realizó durante el año, así como a los siguientes pagos, recibirá el documento de Notificación de Pagos Completados, el cual se enviará con suficiente anticipación para el ajuste de impuestos de fin de año.

Si los pagos de las primas del Seguro Nacional de Salud están vencidos

Debido a que las primas del seguro de salud son un recurso importante que permite a todos los afiliados al SNS recibir atención en las instituciones médicas, tenga a bien asegurarse de pagar sus primas antes de la fecha de vencimiento del pago. Si se atrasa en el pago de sus primas, se tomarán las siguientes acciones dependiendo del período de incumplimiento del pago y de sus circunstancias:

(1) Después de la fecha de vencimiento de las primas del SNS

Para los hogares en los que la fecha de vencimiento del pago ha expirado, se le enviará una notificación por teléfono, la cual será realizada por una compañía privada*, y se le enviará una notificación de recordatorio de acuerdo con las leyes y ordenanzas. Se añade un cargo por demora dependiendo del monto y del número de días de atraso.

Además, puede estar sujeto a ciertas restricciones, tales como la emisión de un certificado para la limitación del monto máximo permisible para gastos de tratamiento médico y ciertas restricciones en su cobertura del SNS.

* La compañía contratada: NEC Corporation

(2) Después del envío del recordatorio

Para los hogares a los que se envían las notificaciones de recordatorio, como se ha mencionado anteriormente, una compañía privada se comunicará con usted por teléfono, también como recordatorio. Además, hay casos en los que un agente de cobranza privado (encargado por la Ciudad de Kawasaki) puede visitar su hogar o lugar de empleo, etc., para cobrar el pago de sus primas.

(3) Si no se hace el pago por tres periodos o más

En lugar de una tarjeta de seguro de salud regular se le emitirá una tarjeta de afiliado de corto plazo. Ésta es una tarjeta de seguro de salud con un período de validez más corto que la tarjeta de seguro de salud regular. Tendrá que realizar los procedimientos de renovación con mayor frecuencia.

(4) Si el pago de las primas de seguro ha vencido por un año o más sin ninguna razón especial

Se le pedirá devolver su tarjeta de seguro de salud, y a cambio se le emitirá un certificado de elegibilidad de afiliado. Cuando reciba tratamiento médico, tendrá que pagar todos los costos médicos en la ventanilla de atención de la institución médica. Luego, en una fecha posterior, puede solicitar el reembolso de los gastos médicos excluyendo la porción usualmente a cargo del afiliado (gastos médicos especiales).

(5) Si el pago de las primas de seguro ha vencido por un año y medio o más sin ninguna razón especial

Pueden suspenderse temporalmente algunos o todos los beneficios del seguro. El monto adeudado por los servicios suspendidos puede aplicarse al saldo vencido.

(6) Incautación de bienes

Si sigue evitando los pagos sin ninguna razón especial, su propiedad empezará a examinarse. Se realizarán investigaciones en su banco, lugar de empleo y oficinas públicas con relación a sus activos (tales como ahorros, seguro de vida, salario, cuentas por cobrar y otras remuneraciones), bienes raíces, si tuviera, y otras propiedades. Cuando se conozcan sus activos, serán incautados como compensación por dejar de pagar las primas de acuerdo con la ley.

3 Beneficios del seguro

Beneficios médicos

El SNS paga a las instituciones médicas los gastos por examen o tratamiento y los gastos por medicina o suministros médicos en el porcentaje indicado en la siguiente tabla. Éstos se denominan “beneficios médicos”.

(1) Aquéllos con 69 años de edad o menos

	Afiliado con seguro general	Niño en edad preescolar
Porcentaje a cargo del afiliado	30%	20%
Porcentaje a cargo del SNS (porcentaje de beneficios médicos)	70%	80%

(2) Aquéllos entre los 70 años y 74 años de edad¹

	Aquéllos que no están comprendidos en la categoría de la derecha	Igual nivel de ingresos que el actualmente empleado ²
Porcentaje a cargo del afiliado	20%	30%
Porcentaje a cargo del SNS (porcentaje de beneficios médicos)	80%	70%

1. Si el cumpleaños 70 del afiliado cae el primer día del mes, esto se aplica desde el mes del cumpleaños; para todos los otros casos, esto se aplica desde el mes siguiente al mes del cumpleaños.

2. Lea la siguiente sección sobre niveles de ingreso iguales a aquéllos actualmente empleados.

Aquéllos entre 70 y 74 años de edad

Una tarjeta de asegurado/tarjeta de receptor para ancianos del SNS se emite a aquellas personas entre los 70 y 74 años de edad. Además, el porcentaje a cargo del titular de la tarjeta de receptor para adulto mayor se vuelve a evaluar cada año en el mes de julio, basado en las condiciones de ingreso del año anterior, y se envía por correo una nueva tarjeta para utilizarse a partir de agosto. Aunque el porcentaje de gastos médicos en las instituciones médicas a cargo de afiliados entre los 70 y 74 años de edad es 20 por ciento, éste es 30 por ciento para aquéllos con igual nivel de ingreso que el actualmente empleado¹. Además, si los gastos a cargo del afiliado exceden el límite máximo, el afiliado sólo debe pagar hasta el límite máximo. Para más información, lea la siguiente sección, “Gastos médicos elevados.”

1. Igual nivel de ingreso que el nivel actualmente empleado:

Un afiliado al SNS entre los 70 y 74 años de edad, u otra persona que cumpla con los estándares, con un ingreso imponible para efectos del impuesto al residente² de ¥1.450.000 o más en el hogar se considera con igual nivel de ingreso que el nivel actualmente empleado. Sin embargo, si usted no cumple con el monto del ingreso estándar³, puede solicitar a la Sección de Seguros y Pensiones de la Oficina Distrital local o a la Subdivisión de Seguros y Pensiones del Centro de Residentes local la reevaluación de la categoría del porcentaje a cargo del afiliado y conseguir una disminución de hasta el 20 por ciento, aún si tiene igual nivel de ingreso que el nivel actualmente empleado.

2. Ingreso imponible para efectos del impuesto al residente:

El ingreso imponible para efectos del impuesto al residente se refiere al monto resultante después de restar las deducciones al ingreso según la ley de impuestos regional del monto del ingreso (el monto base del impuesto en la notificación del impuesto al residente). Si un afiliado entre los 70 y 74 años de edad es el jefe del hogar, y si existen miembros en el mismo hogar que tienen 18 años de edad o menos, con un ingreso total de ¥380.000 o menos, entonces se harán deducciones adicionales de la siguiente manera (1) número de miembros que tienen 15 años de edad o menos × ¥330.000, y (2) número de miembros que tienen entre 16 y 18 años de edad × ¥120.000.

3. Monto del ingreso estándar:

○ Si un afiliado al SNS tiene 70 años de edad o más y existen otros afiliados al SNS en el mismo hogar que también tienen 70 años de edad o más:

El ingreso total⁴ de aquellos afiliados al SNS (antes de las diversas deducciones al ingreso) es ¥5.200.000.

○ Si un afiliado al SNS tiene 70 años de edad o más y no existen otros afiliados al SNS en el mismo hogar que tengan 70 años de edad o más: El ingreso total del mismo afiliado(a) al SNS (antes de las diversas deducciones) es ¥3.830.000.

○ Aún si el ingreso del afiliado al SNS es ¥3.830.000 o más, si existe un miembro en el hogar que ha perdido su derecho al SNS (es decir, personas que pertenecen a la misma familia específica) debido a su inscripción en el seguro de salud para ancianos (personas de la tercera edad), entonces el ingreso total del afiliado al SNS y del afiliado o afiliados al seguro de salud para ancianos (personas de la tercera edad) es ¥5.200.000 o menos.

4. Ingreso:

El ingreso se refiere al total de: (1) el monto escrito en el espacio “monto del pago” en la hoja de retención de impuestos de la pensión pública (en el caso de pensión); (2) el monto escrito en el espacio “monto del pago” en la hoja de retención de impuestos (en el caso de salario); (3) el “monto de los ingresos” (en el caso de un negocio); (4) el “monto total del ingreso” de las tarifas de alquiler y similares (en el caso de ingreso por bienes inmuebles); y (5) el “valor de venta” y similares (en el caso de ingreso por transferencia de acciones).

Gastos médicos elevados

Si los gastos por tratamiento médico a cargo del afiliado exceden el monto designado en el mismo mes, la porción en exceso puede proporcionarse como beneficio por gastos médicos elevados basado en su solicitud.

Período de solicitud	Una notificación para la solicitud se envía al jefe del hogar, a quien se le puede aplicar el beneficio por gastos médicos elevados. Si recibe una notificación, presente una solicitud.
Ventanilla de recepción de solicitudes	Sección de Seguros y Pensiones de la Oficina Distrital local o Subdivisión de Seguros y Pensiones del Centro de Residentes local
Qué debe llevar	La solicitud con los datos necesarios llenados, recibo de pago a la institución médica (de la persona que recibió la certificación del fondo público), sello personal, tarjeta de seguro de salud e información sobre una cuenta en una institución financiera para el pago (cuenta a nombre del jefe del hogar), tarjeta con el número personal (My Number) o tarjeta de notificación del número personal de la persona elegible y del jefe de familia, así como alguna forma de identificación de la persona que va a presentar la solicitud

- Si no recibe una notificación aún después de cuatro meses o más después de recibir tratamiento médico, llame a la Sección de Seguros y Pensiones de la Oficina Distrital local o Subdivisión de Seguros y Pensiones del Centro de Residentes local.
- Haga la solicitud en un plazo de dos años a partir del primer día del mes siguiente al mes del tratamiento. Sin embargo, tome nota que la solicitud es aceptada después de entregada la notificación.

Límite de los gastos médicos elevados para gastos a cargo del afiliado

El límite máximo para aquéllos que tienen entre 70 y 74 años de edad es diferente del límite para aquéllos que tienen 69 años de edad o menos.

Además, si su hogar tiene tanto un miembro que tiene entre 70 y 74 años de edad y un miembro que tiene 69 años de edad o menos, el siguiente límite de gastos a cargo del afiliado (a) se aplica para el cálculo luego de la aplicación del límite del monto a cargo del afiliado (b) en el cálculo.

- (a) Aquéllos que tienen entre 70 y 74 años de edad (con una tarjeta de asegurado/tarjeta de receptor para ancianos del SNS)
- (1) Si, para cada persona, los gastos a cargo del afiliado para el tratamiento ambulatorio en el mismo mes exceden el límite de gastos a cargo del afiliado para el tratamiento ambulatorio:
Beneficio por gastos médicos elevados = Monto pagado a la institución médica como gastos parcialmente a cargo del afiliado – Monto del límite de gastos a cargo del afiliado para el tratamiento ambulatorio (por persona) en la Tabla A
 - (2) Si, para cada hogar, los gastos totales a cargo del afiliado para el tratamiento ambulatorio u hospitalización en el mismo mes exceden el monto del límite de gastos a cargo del afiliado en el hogar
Beneficio por gastos médicos elevados = Monto pagado a la institución médica como gastos parcialmente a cargo del afiliado – Monto del límite de gastos totales a cargo del afiliado por hospitalización o en el hogar en la Tabla A

Categoría de ingresos de la Tabla A		Monto del límite de gastos a cargo del afiliado	
		Tratamiento ambulatorio (por persona)	Hospitalización o suma de la familia
Carga de 30% ¹	Igual nivel de ingreso que el nivel actualmente empleado III ²	$¥252.600 + (\text{Total de los gastos médicos} - ¥842.000) \times 1\%$ [¥140.100] ⁷	
	Igual nivel de ingreso que el nivel actualmente empleado II ³	$¥167.400 + (\text{Total de los gastos médicos} - ¥558.000) \times 1\%$ [¥93.000] ⁷	
	Igual nivel de ingreso que el nivel actualmente empleado I ⁴	$¥80.100 + (\text{Total de los gastos médicos} - ¥267.000) \times 1\%$ [¥44.400] ⁷	
Carga de 20% ¹	General (excepto los hogares exentos del impuesto al residente)	¥18.000 (Hasta ¥144.000 por año) ⁸	¥57.600 [¥44.400] ⁷
	Exento del impuesto residencial	Categoría II ⁵	¥24.600
		Categoría I ⁶	¥15.000

1. Consulte (2) en la página V -7 para información relacionada con el porcentaje de las primas que debe pagar.
2. Esto se aplica si hay incluso un afiliado al SNS en el hogar entre los 70 y 74 años de edad cuyo ingreso imponible para efectos del ingreso al residente es ¥6.900.000 o más.
3. Esto se aplica si hay incluso un afiliado al SNS en el hogar entre los 70 y 74 años de edad cuyo ingreso imponible para efectos del ingreso al residente es más de ¥3.800.000 pero menos de ¥6.900.000.
4. Esto se aplica si hay incluso un afiliado al SNS en el hogar entre los 70 y 74 años de edad cuyo ingreso imponible para efectos del ingreso al residente es más de ¥1.450.000 pero menos de ¥3.800.000.
5. Aquéllos que pertenecen a un hogar exento del impuesto al residente y que no se encuentran en la Categoría I.
6. Aquéllos que pertenecen a un hogar que está exento del impuesto al residente y cuyo ingreso total del hogar es ¥0, si se calcula con una deducción de la pensión pública como ¥800.000.
7. El límite de gastos a cargo del afiliado que se aplica cuando se ha pagado el beneficio por gastos médicos elevados más de tres veces (excepto todo mes en el que solo se aplican los gastos para el tratamiento ambulatorio) dentro de los 11 meses anteriores al mes que recibió el tratamiento médico que se aplica a la cuarta y subsiguiente solicitud para los beneficios.
8. El límite anual a partir del 1 de agosto hasta el 31 de julio del siguiente año se muestra entre paréntesis ().

Para gastos a cargo del afiliado pagados en las ventanillas de atención de las instituciones médicas y otras, el monto pagado en un mes en una institución médica particular es hasta el monto del límite de gastos a cargo del afiliado en la Tabla A si muestra su tarjeta de asegurado/tarjeta de receptor para ancianos del SNS. Sin embargo, si se encuentra en la “Categoría I” o en la “Categoría II,” recibirá un certificado de solicitud del monto límite y reducción de gastos normales por adelantado, y si se encuentra en igual nivel de ingreso que el nivel actualmente empleado de la Categoría I o la Categoría II, recibirá un certificado de solicitud de crédito. Al mostrarlas en la ventanilla de atención de la Institución médica, etc., podrá solicitar la aplicación de un límite en el monto de su prima.

- (b) Aquellos que tienen 69 años de edad o menos
- Si, para cada persona, los gastos a cargo del afiliado para el tratamiento en la misma institución médica en el mismo mes exceden el límite de gastos a cargo del afiliado:
Beneficio por gastos médicos elevados = Monto pagado a la institución médica como gastos parcialmente a cargo del afiliado – Monto del límite de gastos a cargo del afiliado en el hogar en la Tabla B
 - Si los miembros del mismo hogar pagan gastos a cargo del afiliado de ¥21.000 o más, dos o más veces en una institución médica en el mismo mes, y el total excede el monto del límite de gastos a cargo del afiliado:
Beneficio por gastos médicos elevados = Monto pagado a la institución médica como gastos parcialmente a cargo del afiliado – Monto del límite de gastos a cargo del afiliado en el hogar en la Tabla B

Categoría de ingresos de la Tabla B		Monto del límite de gastos a cargo del afiliado	Múltiple ¹⁰
ア	Hogares cuyo valor de determinación ⁹ supera ¥9,01 millones	¥252.600 + (Total de los gastos médicos – ¥842.000) × 1%	¥140.100
イ	Hogares cuyo valor de determinación ⁹ está entre ¥6 millones a ¥9,01 millones	¥167.400 + (Total de los gastos médicos – ¥558.000) × 1%	¥93.000
ウ	Hogares cuyo valor de determinación ⁹ está entre ¥2,1 millones e ¥6 millones	¥80.100 + (Total de los gastos médicos – ¥267.000) × 1%	¥44.400
エ	Hogares cuyo valor de determinación ⁹ es inferior a ¥2,1 millones	¥57.600	¥44.400
オ	Hogares exentos del impuesto al residente, etc.	¥35.400	¥24.600

9. Se refiere al total, descontando la deducción básica de ¥330.000 del total de los siguientes tipos de ingresos de cada miembro del hogar afiliado al SNS (excluye el jefe del hogar que paga la prima pero no está afiliado al SNS): El ingreso total incluye los ingresos salariales, ingresos comerciales, ingresos inmobiliarios, ingresos por intereses y otros ingresos diversos incluyendo los ingresos por dividendos consolidados y los ingresos de las pensiones; los ingresos forestales; y los ingresos de tributaciones separadas que incluyen los ingresos por dividendos relativos a las acciones listadas y similares.
10. El límite de gastos a cargo del afiliado que se aplica cuando se ha pagado el beneficio por gastos médicos elevados más de tres veces dentro de los 11 meses anteriores al mes que recibió el tratamiento médico que se aplica a la cuarta y subsiguiente solicitud para los beneficios.

Tome nota que el límite de los gastos médicos elevados para gastos a cargo del afiliado para los hogares que se encuentran en la categoría de ingresos “ア” se aplicará a los hogares con un afiliado que no ha presentado una declaración de impuesto al residente.

- Con relación a la categoría de ingresos para los hogares con una persona desempleada involuntariamente:
Cuando los hogares con miembros que fueron forzados a estar desempleados son clasificados, su ingreso se considera el 30% del ingreso real. Para solicitar esto, es necesario presentar una notificación como se describe en la página V-3.
- Cómo se calculan los gastos a cargo del afiliado:
 - El tratamiento médico desde el 1er hasta el último día del mes se considera un mes en el cálculo.
 - El cálculo se realiza por institución médica.
 - Aún si se recibió tratamiento en la misma institución médica, la hospitalización y el tratamiento ambulatorio, así como los tratamientos dentales y no dentales, se calculan separadamente.
 - Los cálculos se realizan por ítem en la factura detallada de la institución médica, y el monto se determina después de realizar un proceso de selección. Por esta razón, el monto del beneficio por gastos médicos elevados puede ser menor del monto calculado a partir de los gastos a cargo del afiliado que usted pagó.
 - Los gastos estándar y las tarifas que no están cubiertas por el seguro (tales como las tarifas por camas especiales y por alimentos) no se incluyen en el monto de gastos a cargo del afiliado al determinar el beneficio por gastos médicos elevados.
 - En el Seguro Nacional de Salud de la Ciudad de Kawasaki, no añadimos las contribuciones de otros planes de seguro de salud (tales como el seguro de salud de la compañía, el seguro de salud para ancianos en edad avanzada, etc.).
- Casos especiales de un afiliado que se transfiere al seguro de salud para ancianos (personas de la tercera edad) a mediados del mes:
Al cumplirse los 75 años de edad, en el mes en que se transfiere al Seguro de Salud para Ancianos (personas de la tercera edad), el límite de gastos a cargo del afiliado (por persona) por el seguro médico (Seguro Nacional de Salud) anterior al cumpleaños y el Seguro de Salud para Ancianos (personas de la tercera edad) después del cumpleaños será la mitad del monto original. Además, si una persona está inscrita en el seguro del lugar de empleo hasta cumplir los 75 años de edad, aunque sus dependientes se inscriban en el SNS, el límite de gastos a cargo del afiliado (por persona) para ese mes será la mitad del monto original. Si le corresponde el ítem (4), el seguro médico (SNS) será de 1/4.
Sin embargo, esta regla no es aplicable en los siguientes casos:
 - Si un afiliado cumple 75 años de edad el 1er día del mes.
 - Si un afiliado se transfiere al seguro de salud para ancianos (personas de la tercera edad) debido a una autorización por discapacidad.
- Valor máximo que debe cargarse en el cambio de dirección dentro de la prefectura de Kanagawa dentro del mes (a partir de abril de 2018)

[Condiciones] A partir de abril de 2018, cuando un afiliado del SNS cambia de dirección dentro de la prefectura de Kanagawa (cuando se reconoce la continuidad de la familia antes y después del cambio)

- El monto máximo a pagar (o el valor que se añade) a través del SNS del barrio o municipalidad antes y después del cambio será la mitad del monto original.
 - El múltiple del SNS del barrio o municipalidad antes y después del cambio se contará después del tratamiento médico de abril de 2018. (Sobre el múltiple, consulte el ítem 10)
- (5) Con relación a los gastos a cargo del afiliado para aquellos que tienen 69 años de edad o menos:
Si un afiliado que tiene 69 años de edad o menos recibe por adelantado un certificado de solicitud del monto límite o certificado de la solicitud del monto límite y reducción de gastos normales y lo muestra en la institución médica, etc., junto con la tarjeta de seguro de salud, el pago por mes en una institución médica está restringido al monto límite de los gastos a cargo del afiliado que aparece en la Tabla

B mencionada anteriormente. Para más información consulte con la Sección de Seguros y Pensiones de la Oficina Distrital local o con la Subdivisión de Seguros y Pensiones del Centro de Residentes local.

(6) Aquéllos con enfermedades renales crónicas que requieren diálisis, hemofílicos y aquéllos con VIH causada por coagulantes sanguíneos: Luego de mostrar un certificado de tratamiento médico por enfermedad especial en la institución médica, los gastos a cargo del afiliado por tarifas médicas (cubiertas por el seguro) para la enfermedad aplicable están limitados a ¥10.000 por mes. Sin embargo, el tratamiento relacionado con la diálisis para aquéllos con un nivel de ingresos designado o mayor u hogares que no han presentado una declaración de impuesto al residente y que tienen 69 años de edad o menos está limitado a ¥20.000 por mes.

Ventanilla de recepción de solicitudes	Sección de Seguros y Pensiones de la Oficina Distrital local o Subdivisión de Seguros y Pensiones del Centro de Residentes local
Qué debe llevar	Tarjeta de seguro de salud, documentación que verifique el hecho (tal como la carta de opinión de un médico), sello personal, tarjeta con el número personal (My Number) o tarjeta de notificación del número personal de la persona elegible y del jefe de familia, así como alguna forma de identificación de la persona que va a presentar la solicitud

Gastos por atención de enfermería

Para hogares con gastos a cargo del afiliado, tanto para el seguro de salud como para el seguro de atención de enfermería, está disponible un beneficio basado en la solicitud, si el total de gastos a cargo del afiliado para ambos programas de salud para un año, a partir del 1 de agosto de cada año hasta fines de julio del siguiente año, excede el monto límite indicado en la siguiente tabla. El beneficio se paga sólo cuando el monto del beneficio es mayor de ¥500.

Monto límite para el hogar combinando los gastos médicos elevados y los gastos por atención de enfermería elevados (monto anual)

Seguro de Asalariados o Seguro Nacional de Salud + Seguro de Cuidado de Enfermería (Familia con miembros de hasta 69 años de edad)

Seguro de Asalariados o Seguro Nacional de Salud + Seguro de Cuidado de Enfermería (Familia con miembros de 70 a 74 años de edad)
O, Seguro Médico de Ancianos (personas de la tercera edad) + Seguro de Cuidado de Enfermería

Categoría		Monto límite
Ingreso alto	ア	¥2.120.000
	イ	¥1.410.000
General	ウ	¥670.000
	エ	¥600.000
Exento del impuesto residencial	オ	¥340.000

Categoría		Monto límite	
Cargo de 30%	Igual nivel de ingreso que el nivel actualmente empleado III	¥2.120.000	
	Igual nivel de ingreso que el nivel actualmente empleado II	¥1.410.000	
	Igual nivel de ingreso que el nivel actualmente empleado I	¥670.000	
Cargo de 20%	General (excepto los hogares exentos del impuesto al residente)	¥560.000	
	Exento del impuesto residencial	Categoría II	¥310.000
		Categoría I	¥190.000

Lea la página V -8, V -9 con relación a las categorías de ingresos.

(1) Gastos a cargo del afiliado para el seguro de salud aplicable para el cálculo

Los gastos a cargo del afiliado por tarifas que están cubiertas por el seguro son aplicables para el cálculo. Además, si tiene derecho al beneficio por gastos médicos elevados (incluyendo los beneficios adicionales), se considera el monto deduciendo el beneficio por gastos médicos elevados.

Además, para aquellas personas que tienen 69 años de edad o menos, si los gastos a cargo del afiliado en la ventanilla de atención son de ¥21.000 o más por mes para una institución médica (con las tarifas de hospitalización y tarifas de tratamiento ambulatorio mantenidas por separado), los gastos son aplicables para el cálculo conjunto.

Ejemplos de gastos que no son elegibles: Tarifas por camas especiales, comidas y gastos de manutención durante la hospitalización, tarifas por chequeo de salud, tarifas por inmunización, etc.

(2) Gastos a cargo del afiliado para el seguro de atención de enfermería aplicables para el cálculo

Los gastos a cargo del afiliado por tarifas que están cubiertas por el seguro de atención de enfermería son aplicables para el cálculo. Además, si tiene derecho al beneficio por altos gastos de servicio (prevención) de atención de enfermería, se considera el monto deduciendo el beneficio por altos gastos de servicio (prevención) de atención de enfermería.

Ejemplos de gastos que no son aplicables: Gastos a cargo del afiliado que exceden el límite designado, tarifas de renovación del hogar y comidas y gastos de manutención durante el internamiento.

Periodo de aplicación*	La notificación de los procedimientos para la solicitud se envía por correo al jefe del hogar que tiene derecho al beneficio de gastos médicos elevados/atención de enfermería totales. Revise el procedimiento para la solicitud, si lo recibe.
Ventanilla de recepción de solicitudes	Sección de Seguros y Pensiones de la Oficina Distrital local o Subdivisión de Seguros y Pensiones del Centro de Residentes local
Qué debe llevar	Sello personal, tarjeta de seguro de salud, información sobre la institución financiera y el número de cuenta (la cuenta debe estar a nombre del jefe del hogar para el beneficio por la porción del seguro médico y a nombre del miembro asegurado [individual] para el beneficio por la porción de atención de enfermería), tarjeta con el número personal (My Number) o tarjeta de notificación del número personal de la persona elegible y del jefe de familia, así como alguna forma de identificación de la persona que va a presentar la solicitud

* Presente una solicitud en un plazo de dos años a partir del día siguiente a la fecha estándar (31 de julio).

* La notificación no puede entregarse si usted se muda a la Ciudad de Kawasaki desde otra municipalidad o si se transfiere al SNS desde otro tipo de seguro médico a mediados del periodo de cálculo (1 de agosto al 31 de julio del siguiente año).

Gastos por comidas y gastos de manutención durante la hospitalización

Con relación al costo de las comidas durante la hospitalización, el paciente asume el pago del monto estándar por comidas en el hospital y el SNS asume la porción restante como un beneficio por comidas durante la hospitalización.

Cuando aquellas personas entre los 65 y 74 años de edad son hospitalizadas en camas asignadas para pacientes de largo plazo, el paciente debe asumir los gastos estándar de manutención en el hospital para alimentos y otros artículos, mientras que el SNS asume la porción restante como un beneficio por gastos de manutención durante la hospitalización.

Los gastos estándar a cargo del afiliado son los siguientes. Sin embargo, cuando se calculan los gastos elevados de tratamiento médico, el valor normal a cargo no se incluye en el monto a pagar.

(1) Valor estándar a cargo del afiliado de los gastos por comida

	Valor estándar a cargo del afiliado de los gastos por comida durante la hospitalización
Personas cuyos hogares no están exentos del impuesto residencial, etc.	¥460 / Comida ¹
Aquéllos que pertenecen a un hogar exento del impuesto residencial, etc.	¥210 / Comida
Aplicable a largo plazo ²	¥160 / Comida
70 años o más (Categoría 1) ³	¥100 / Comida

(2) Gastos estándar de manutención en el hospital

	Categoría del tratamiento médico ⁴	Categoría del tratamiento médico II·III ⁵	Enfermedades intratables designadas
Personas cuyos hogares no están exentos del impuesto residencial, etc. y que estén hospitalizadas en una institución médica del sistema del seguro de salud que calcula el gasto de vida (1) en el momento de la hospitalización ⁶	Valor total: ¥370 / Día y ¥460 / Comida		¥260 / Comida
Personas cuyos hogares no están exentos del impuesto residencial, etc. y que estén hospitalizadas en una institución médica del sistema del seguro de salud que calcula el gasto de vida (2) en el momento de la hospitalización ⁷	Valor total: ¥370 / Día y ¥420 / Comida		
Aquéllos que pertenecen a un hogar exento del impuesto residencial, etc.	Valor total: ¥370 / Día y ¥210 / Comida		¥210 / Comida
Aplicable a largo plazo ²		Valor total: ¥370 / Día y ¥160 / Comida	¥160 / Comida
70 años o más (Categoría 1) ³	¥370 / Día y ¥130 / Comida	¥370 / Día y ¥100 / Comida	¥100 / Comida

- 1 ¥ 260 para los pacientes con enfermedades intratables designadas, enfermedades pediátricas crónicas específicas, o los pacientes que, el 31 de marzo de 2016 ya estaban internados en un hospital psiquiátrico por más de un año consecutivo y que ingresó en una institución médica a partir de 1 de abril de 2016.
- 2 Cuando el número de días de hospitalización en el último año exceda 90 días en total.
- 3 Personas de familias exentas del impuesto residencial, que al calcular la deducción de 800.000 yenes de pensiones públicas, el ingreso de todos los miembros sea cero.
- 4 Personas que no sean pacientes con alta necesidad de tratamiento médico con hospitalización.
- 5 Pacientes con alta necesidad de tratamiento médico con hospitalización.
- 6 Instituciones médicas que notifican a la Oficina de Salud, donde cada comida es inspeccionada por un nutricionista u otro profesional y se ofrecen orientación nutricional adecuada a los pacientes.
- 7 Otras instituciones médicas además de las indicadas en el ítem 6

El monto de los gastos estándar a cargo del afiliado para hogares exentos del impuesto al residente, etc. en las Tablas (1) y (2) es el monto después de utilizar un programa de reducción. Si esto se aplica a usted, tenga a bien recibir una solicitud del certificado de aplicación del monto límite y reducción de gastos normales o un valor estándar a cargo del afiliado de los gastos por comida durante la hospitalización, y muestre su certificado a la institución médica.

Ventanilla de atención	Sección de Seguros y Pensiones de la Oficina Distrital local o Subdivisión de Seguros y Pensiones del Centro de Residentes local
Qué debe llevar	Sello personal, tarjeta de seguro de salud, certificado de exención de impuesto al residente de la municipalidad anterior (para aquéllos que se mudaron a la Ciudad de Kawasaki), recibos que muestren el número de días de hospitalización (para aquéllos cuyo número de días de hospitalización es mayor de 90 días), tarjeta con el número personal (My Number) o tarjeta de notificación del número personal de la persona elegible y del jefe de familia, así como alguna forma de identificación de la persona que va a presentar la solicitud

- Si el número de días de hospitalización es mayor de 90 días después de recibir una autorización para la reducción, debe volver a solicitar una autorización aplicable de largo plazo.
- Si, por alguna razón inevitable, usted no recibiera un certificado de reducción de gastos normales o no pudiera mostrar su certificado en la institución médica y pagó los gastos estándar a cargo del afiliado, puede recibir un reembolso de la diferencia luego de presentar la solicitud.

Tarifa médica por enfermera visitadora

Cuando los pacientes de enfermedades incurables o discapacitados graves hayan utilizado los servicios de la estación de enfermeras visitadoras por prescripción del médico de cabecera, el afiliado sólo debe pagar la tarifa del uso y el SNS cubre la porción restante, como beneficio por tarifa médica de enfermera visitadora.

Cuando utilice los servicios de la estación de enfermeras visitadoras, muestre su tarjeta de seguro de salud. El porcentaje de gastos de utilización a cargo del afiliado es el mismo que el que aparece en la tabla de la página V -7.

Gastos médicos

Si aquéllos que están inscritos en el SNS pagan los gastos médicos totales en los siguientes casos, el 70 al 90 por ciento de los gastos pueden reembolsarse en su cuenta financiera luego de presentar la solicitud, dependiendo del porcentaje del beneficio. Los documentos requeridos para la solicitud están disponibles en la Sección de Seguros y Pensiones de la Oficina Distrital local o en la Subdivisión de Seguros y Pensiones del Centro de Residentes local.

Ventanilla de recepción de solicitudes	Sección de Seguros y Pensiones de la Oficina Distrital local o Subdivisión de Seguros y Pensiones del Centro de Residentes local	
	Caso en que se proporciona el beneficio por gastos médicos	Qué debe llevar
1	Si el paciente no llevaba su tarjeta de seguro de salud debido a una enfermedad súbita y pagó los gastos médicos totales	Declaración con detalles de los servicios (tal como un recibo), sello personal, tarjeta de seguro de salud, recibo de gastos médicos, información sobre la institución financiera y número de cuenta (cuenta a nombre del jefe del hogar)
2	Si el equipo médico (tal como un corsé) fue fabricado según las instrucciones de un médico (esto excluye los equipos cotidianos)	Carta de opinión del médico, sello personal, recibo de la tarifa del equipo/con descripción del equipo, tarjeta de seguro de salud, información sobre la institución financiera y número de cuenta (cuenta a nombre del jefe del hogar), foto de la órtesis confeccionada (sólo para la solicitud del beneficio de la órtesis tipo zapato)
3	Si el tratamiento fue recibido de un terapeuta de judo (se requiere una carta de acuerdo del médico por un hueso roto o articulación dislocada)	Formulario de la solicitud de gastos médicos (con descripción detallada de la terapia), recibo de las tarifas de la terapia, sello personal, tarjeta de seguro de salud, información sobre la institución financiera y número de cuenta (cuenta a nombre del jefe del hogar)
4	Si se recibió acupuntura, moxibustión o masajes luego del acuerdo del médico (restringido a enfermedades especificadas en los requisitos del beneficio)	Formulario de la solicitud de gastos médicos (con descripción detallada de la terapia), recibo de las tarifas de la terapia, sello personal, carta del acuerdo del médico, tarjeta de seguro de salud, información sobre la institución financiera y número de cuenta (cuenta a nombre del jefe del hogar)
5	Si se recibió transfusión de sangre	Certificado de transfusión de sangre del médico, sello personal, certificado de la tarifa por sangre, tarjeta de seguro de salud, información sobre la institución financiera y número de cuenta (cuenta a nombre del jefe del hogar)
6	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Los gastos médicos del exterior</div> Cuando recibe un cierto tratamiento en el extranjero debido a una enfermedad aguda o por otro motivo (con exclusión de los viajes con el fin de recibir tratamiento médico y las acciones médicas que están fuera del alcance de los seguros en Japón)	Un documento que especifica el tratamiento médico, los recibos Si está confeccionado en un idioma extranjero, adjunte una traducción en japonés (con el nombre y la dirección del traductor). El formulario se puede obtener mediante la descarga desde el sitio web de la ciudad. Un documento de consentimiento que autoriza inquirir a la institución médica en el exterior Tarjeta de seguro de salud, sello personal, información sobre la institución financiera y número de cuenta (cuenta a nombre del jefe del hogar), recibo de gastos médicos, el pasaporte, documentación que confirma la fecha de ingreso a Japón

- Presente una solicitud dentro del plazo de dos años a partir del día siguiente del pago de los gastos médicos a la institución médica.
- Los tratamientos de la fatiga y otros de prevención no están incluidos en este beneficio.
- Tenga en cuenta que el beneficio del valor de los gastos médicos pagados en el extranjero se calculan como si hubiera recibido del seguro en relación con la misma enfermedad u otras en una institución médica en Japón por lo que puede crear una gran diferencia entre la cantidad pagada.

Gastos de traslado

Si se utiliza un vehículo que puede llevar una camilla para aquellas personas que tienen dificultades para moverse (tal como una persona postrada en cama) en una emergencia, por una razón inevitable para transferirla a un hospital según las instrucciones de un médico o para ser hospitalizada debido a una enfermedad súbita, puede proporcionarse el monto especificado de los gastos en su cuenta financiera luego de presentar la solicitud y del proceso de selección.

Ventanilla de recepción de solicitudes	Sección de Seguros y Pensiones de la Oficina Distrital local o Subdivisión de Seguros y Pensiones del Centro de Residentes local
Qué debe llevar	Carta de opinión del médico explicando la necesidad del traslado, sello personal, tarjeta de seguro de salud, recibo de las tarifas de traslado, información sobre la institución financiera y número de cuenta (cuenta a nombre del jefe del hogar), tarjeta con el número personal (My Number) o tarjeta de notificación del número personal de la persona elegible y del jefe de familia, así como alguna forma de identificación de la persona que va a presentar la solicitud

- Presente su solicitud en un plazo de dos años a partir del día siguiente a la fecha de pago a la compañía de transporte.

Beneficio por gastos funerarios

Si fallece un afiliado al SNS, el beneficio por gastos funerarios se paga a la persona que ha pagado el funeral mediante un pago en la cuenta financiera. El monto del beneficio es de ¥50.000 por persona.

Además, si usted estaba afiliado al programa de seguro de salud del lugar de empleo (esto excluye a los dependientes) y fallece dentro de los tres meses después de la pérdida de elegibilidad en ese programa de seguro, el programa de seguro de salud puede ofrecer un beneficio similar al beneficio por gastos funerarios. Tome nota, sin embargo, que el beneficio del SNS no puede pagarse junto con el mismo beneficio de otro esquema de seguro de salud.

Ventanilla de recepción de solicitudes	Sección de Seguros y Pensiones de la Oficina Distrital local o Subdivisión de Seguros y Pensiones del Centro de Residentes local
Qué debe llevar	Documentación que verifique quién realizó el funeral (tal como un recibo de los gastos funerarios), sello personal, tarjeta de seguro de salud del fallecido, información sobre la institución financiera y número de cuenta (de la persona que realizó el funeral), identificación personal del solicitante.

- Presente una solicitud para el beneficio de gastos funerarios dentro de los dos años a partir del día siguiente en que se realizó el funeral.

Beneficio de suma global para la maternidad y crianza de niños

Cuando una afiliada al SNS da a luz, se paga el beneficio de suma global para la maternidad y crianza de niños ya sea directamente a la institución médica o al afiliado mediante la presentación de la solicitud en la ventanilla de atención. El monto del beneficio es de ¥420.000 por hijo (este beneficio se paga aún en caso de parto de un niño muerto o aborto espontáneo, si la madre estuvo embarazada durante 12 semanas [85 días] o más).

Además, si usted estaba afiliada al programa de seguro de salud de su lugar de empleo por un año o más y dio a luz dentro de los seis meses después del retiro de ese programa de seguro, puede tener derecho al beneficio ofrecido por el programa de seguro de salud (pueden haber beneficios adicionales). Tome nota, sin embargo, que el beneficio del SNS no puede pagarse junto con el mismo beneficio de otro esquema de seguro de salud.

(1) Pago directo

Una afiliada puede utilizar el sistema de pago directo del beneficio de suma global para la maternidad y crianza de niños en el que el SNS paga directamente a la institución médica los gastos necesarios del parto.

Tome nota que algunas instituciones médicas no manejan el sistema de pago directo. Si tiene dificultades financieras para cubrir los gastos del parto, consulte con la Sección de Seguros y Pensiones de la Oficina Distrital local o con la Subdivisión de Seguros y Pensiones del Centro de Residentes local.

(2) Beneficio proporcionado en la ventanilla de atención (pago en la cuenta financiera basado en la solicitud presentada en la ventanilla de atención)

Si no puede utilizarse el sistema de pago directo o si los gastos reales del parto son menores que el monto del beneficio del pago directo y usted debe recibir la diferencia, presente una solicitud en la ventanilla de atención.

Ventanilla de recepción de solicitudes	Sección de Seguros y Pensiones de la Oficina Distrital local o Subdivisión de Seguros y Pensiones del Centro de Residentes local
Qué debe llevar	Libreta de salud materno-infantil (o certificado del médico en caso de parto de un niño muerto o aborto espontáneo), sello personal, tarjeta de seguro de salud, información sobre la institución financiera y número de cuenta (cuenta a nombre del jefe del hogar), carta de acuerdo con la institución médica, recibo/declaración emitido por la institución médica

- Presente una solicitud para el beneficio de suma global para la maternidad y crianza de niños dentro del plazo de dos años a partir del día siguiente al parto.

Reducción/exención del porcentaje de los gastos a cargo del afiliado

Si su ingreso ha disminuido significativamente debido al desempleo o a un desastre y tiene dificultades financieras para pagar el porcentaje de los gastos a cargo del afiliado en la ventanilla de atención de las instituciones médicas o similares, existe un programa para la reducción/exención de acuerdo a las circunstancias por un periodo (como regla) de tres meses. Cualquiera de las siguientes condiciones deben aplicarse y también deben aplicarse los estándares de ingreso (130 por ciento del Estándar de Asistencia Pública o menos). Para recibir una reducción/exención de los gastos a cargo del afiliado, cuando presente una solicitud, además de la cantidad estimada para los gastos médicos (que debe llenar en el hospital u otra institución médica), debe preparar una solicitud con antelación de los documentos que verifiquen las circunstancias especiales o que comprueben que está dentro del estándar de ingresos. Para mayor información, póngase en contacto con la Sección de Seguros y Pensiones de la Oficina Distrital o la sección responsable por los seguros y pensiones de los centros de los residentes locales.

Circunstancias especiales	
1	Si hubo una muerte o discapacidad o si los activos fueron gravemente dañados o se perdieron debido a un terremoto, tormenta/inundación, incendio u otro desastre similar
2	Si el ingreso disminuyó significativamente debido a una enfermedad o lesión
3	Si el ingreso disminuyó significativamente debido a la bancarrota o desempleo
4	Si está pasando alguna otra experiencia similar

Estándar de ingreso	
Exención	Si el monto de ingreso autorizado de los hogares aplicables según los estándares de la Ley de Asistencia Pública es 115% o menos del costo de vida estándar según los estándares de la Ley de Asistencia Pública.
Reducción	Si el monto de ingreso autorizado de los hogares aplicables según los estándares de la Ley de Asistencia Pública está entre el 115% y 130% del costo de vida estándar según los estándares de la Ley de Asistencia Pública.

Si resulta lesionado por un accidente de tránsito, etc.

Como regla general, los gastos médicos para el tratamiento de lesiones en accidentes de tránsito, delitos de lesiones corporales y otras lesiones causadas por terceros serán sufragados totalmente por el autor, pero también puede recibir el tratamiento a través del Seguro Nacional de Salud.

Sin embargo, la presentación de la “Notificación de Lesiones Hechos por Terceros” es obligatoria. Efectúe la notificación en la Sección de Seguros y Pensiones de la Oficina Distrital, o en la sección responsable por los seguros y pensiones de los centros de los residentes locales. Para recibir el tratamiento del Seguro Nacional de Salud, los gastos médicos que deben ser asumidos por el autor son pagados provisionalmente por el Gobierno a la institución médica y posteriormente serán devueltos por el autor.

Dónde notificar	Sección de Seguros y Pensiones de la Oficina Distrital o la sección responsable por los seguros y pensiones de los centros de los residentes locales
Qué debe llevar	<ul style="list-style-type: none"> ○Notificación de Lesión por Actos de Terceros [Para la notificación deberá presentar el certificado de accidente emitido por la Estación de Policía (Centro de Capacitación y Seguridad Vial) y otros documentos. Para obtener más información, póngase en contacto con nosotros.] ○Tarjeta de asegurado ○Sello

- Antes de llevar a cabo un acuerdo extrajudicial con el autor, sin falta consulte con la Sección de Seguros y Pensiones de la Oficina Distrital o la sección responsable por los seguros y pensiones de los centros de los residentes locales.

4 Chequeos de salud del SNS de la Ciudad de Kawasaki (Chequeos médicos especiales y seminarios especiales sobre la salud)

Para detectar una pista de las enfermedades por estilo de vida con la anticipación posible y así poder con optimismo mejorar los hábitos de estilo de vida, se realizan chequeos médicos especiales para los afiliados al SNS, así como seminarios especiales sobre salud para aquéllos que se determina que deben mejorar sus hábitos de estilo de vida como resultado de los chequeos.

No hay una tarifa (que deba pagar la persona) por un chequeo médico especial y seminarios especiales sobre la salud.

- Elegibilidad: Afiliados al SNS que se encuentran entre los 40 y 74 años de edad
- Frecuencia: Una vez por año fiscal

Notas:

1. Debe estar inscrito en el sistema del Seguro Nacional de Salud de la Ciudad de Kawasaki el día del chequeo. Enviamos los cupones de los chequeos médicos especiales a las personas que les corresponden.
2. Desde el día que cumpla 75 años de edad, se incluirá en el público objetivo del examen médico de las personas en la tercera edad (gratis).
3. Para los afiliados varones del SNS que tengan cincuenta años de edad o más, éste se realiza solamente junto con el chequeo médico especial. El examen de PSA puede añadirse como una opción. Los gastos a cargo del afiliado son ¥400.

Áreas de chequeo médico

Pruebas	Entrevista	Grasa	Grasa neutral	Meta- bolismo	Azúcar en la orina
	Talla		Colesterol HDL		Hemoglobina A1c
	Peso		Colesterol LDL		Ácido úrico
	Índice de masa corporal (IMC)	Hígado	AST (GOT)	Riñón	Proteína de la úrea
	Circunferencia abdominal		ALT (GPT)		Sangre en la orina
	Hallazgos físicos (examen físico)		γ -GT (γ -GTP)		Creatinina del suero
	Presión sanguínea	Chequeos detallados Tipos de pruebas adicionales: Electrocardiograma, oftalmoscopia y prueba para detectar anemia. Si los resultados de su chequeo médico cumplen con ciertos estándares designados y si el médico lo considera necesario, éste puede decidir realizar pruebas adicionales (no son solicitables por el afiliado).			

El chequeo médico específico es un examen médico que se centra en el síndrome metabólico. La acumulación excesiva de grasa visceral aumenta la glucosa en la sangre, causa alteraciones lipídicas y genera la presión arterial alta. Como resultado de ello, promueve la esclerosis arterial, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades cardíacas, complicaciones de la diabetes (hemodiálisis, pérdida de visión) y otras enfermedades. Haga el examen específico para prevenir las enfermedades de estilo de vida.

Aquellas personas que no tienen derecho a los chequeos médicos específicos

Madres gestantes; afiliados que viven en el exterior; aquéllos que están hospitalizados por un plazo largo; personas que están internadas en una casa de descanso para ancianos, institución especial, institución del seguro de atención de enfermería, etc.; aquéllos que están en prisión; y otras personas que no pueden pasar los chequeos médicos.

Aquellas personas que se retiran del SNS de la Ciudad de Kawasaki a mediados del año fiscal deben recibir el chequeo médico del plan del seguro médico al que se transfirieron.

5 Servicios de mantenimiento de salud

Chequeos de salud del SNS de la Ciudad de Kawasaki (Chequeos de salud para aquellas personas que se encuentran entre los 35 y 39 años de edad) *Sólo para aquéllos que tienen las edades elegibles

Una tarjeta de chequeo de salud se enviará por correo a aquellos que son elegibles alrededor de fines de septiembre. Hágase un chequeo en una institución médica contratada (asegúrese de leer la notificación adjunta con la tarjeta de chequeo para conocer los detalles). El período válido para usar la tarjeta de chequeo de salud es de octubre a marzo del siguiente año.

La tarifa del uso es de ¥1.200 (¥400 para hogares exentos del impuesto al residente), y no se aplica ninguna tarifa (gastos a cargo del afiliado).

Cupones de descuento en hospedajes de curación termal

Los cupones de descuento especial para instituciones de salud disponibles en la Sección de Seguros y Pensiones de la Oficina Distrital local o en la Subdivisión de Seguros y Pensiones del Centro de Residentes local pueden utilizarse en el siguiente hospedaje de curación termal. Los cupones son válidos hasta fines del año fiscal. Lleve y muestre su tarjeta de seguro de salud para recibir un cupón.

(1) Institución: Arima Ryoyo Onsen Ryokan Dirección: 3-5-31 Higashi-Arima, Miyamae-ku
Tel.: 044-877-5643

(2) Descuento: Adultos (estudiantes de escuela intermedia y mayores): La tarifa general de ¥1.200 se descuenta a ¥1.000

Nota: No hay descuentos para estudiantes de escuela primaria o menores.

Uso libre de las piscinas climatizadas y salones de entrenamiento

Existen disponibles cupones para el uso libre de piscinas climatizadas y salones de entrenamiento en la Sección de Seguros y Pensiones de la Oficina Distrital local o en la Subdivisión de Seguros y Pensiones del Centro de Residentes local. Lleve y muestre su tarjeta de seguro de salud para recibir un cupón.

- Existen disponibles hasta ocho cupones (un máximo de 20 cupones por hogar) durante seis meses a partir de abril para personas (y hogares) que no están atrasadas en el pago de sus primas de seguro. Los cupones distribuidos durante la primera mitad del año fiscal son válidos por un año a partir de abril hasta marzo del siguiente año. Los cupones distribuidos durante la segunda mitad del año fiscal son válidos por seis meses a partir de octubre hasta marzo del siguiente año.
- Esta oferta gratuita de piscinas y salones de entrenamiento no se aplica a estudiantes de la escuela intermedia y niños menores.
- Cada vez que utilice estas instalaciones, deberá entregar un cupón de uso (un cupón original) por persona y mostrar la tarjeta de afiliado al seguro (una tarjeta original).

Instituciones donde puede usar los cupones

	Institución	Dirección	Teléfono
Piscinas climatizada	Piscina climatizada con calor excedente de Iriesaki	3-24-12 Shiohama, Kawasaki-ku	044-266-2156
	Yonetty Tsutsumine	73-1 Tsutsumine, Kawasaki-ku	044-555-5491
	Kawasaki Citizen's Plaza	1-19-1 Shinsaku, Takatsu-ku	044-888-3131
	Centro de deportes Tama de la Ciudad de Kawasaki	4-12-5 Sugekitaura, Tama-ku	044-946-6030
	Yonetty Ozenji	1321 Ozenji, Asao-ku	044-951-3636
Salones de entrenamiento	Centro de promoción de la salud de Kawasaki	3-2-1 Watarida-Shincho, Kawasaki-ku	044-333-3741
	Centro de deportes Saiwai	1-11-3 Todehonmachi, Saiwai-ku	044-555-3011
	Todoroki Arena	1-3 Todoroki, Nakahara-ku	044-798-5000
	Kawasaki Citizen's Plaza	1-19-1 Shinsaku, Takatsu-ku	044-888-3131
	Centro de deportes Miyamae	1-10-3 Inukura, Miyamae-ku	044-976-6350
	Centro de deportes Tama de la Ciudad de Kawasaki	4-12-5 Sugekitaura, Tama-ku	044-946-6030
	Yonetty Ozenji	1321 Ozenji, Asao-ku	044-951-3636

6 Para consultas/preguntas sobre el seguro nacional de salud o chequeos médicos específicos, etc., comuníquese con:

Centro de llamadas del Seguro Nacional de Salud y Seguro de salud para ancianos (personas de la tercera edad) de la Ciudad de Kawasaki		Tel: 044-982-0783
Centro de llamadas de la Ciudad de Kawasaki para exámenes preventivos de cáncer, chequeos médicos específicos, etc.		Tel: 044-982-0491
Sección de Seguros y Pensiones, Oficina Distrital de Kawasaki	Subdivisión de Calificaciones e Impuestos del Seguro Nacional de Salud	Tel: 044-201-3151
	Subdivisión de Beneficios y Subsidio Médico del Seguro Nacional de Salud	Tel: 044-201-3277
	Subdivisión de Primas de Seguro	Tel: 044-201-3153
Centro de Residentes, Filial Daishi, Oficina Distrital de Kawasaki	Subdivisión de Seguros y Pensiones	Tel: 044-271-0159
	Subdivisión de Primas de Seguro	Tel: 044-271-0163
Centro de Residentes, Filial Tajima, Oficina Distrital de Kawasaki	Subdivisión de Seguros y Pensiones	Tel: 044-322-1987
	Subdivisión de Primas de Seguro	Tel: 044-322-1976
Sección de Seguros y Pensiones, Oficina Distrital de Saiwai	Subdivisión de Calificaciones e Impuestos del Seguro Nacional de Salud	Tel: 044-556-6620
	Subdivisión de Beneficios y Subsidio Médico del Seguro Nacional de Salud	Tel: 044-556-6722
	Subdivisión de Primas de Seguro	Tel: 044-556-6697
Sección de Seguros y Pensiones, Oficina Distrital de Nakahara	Subdivisión de Calificaciones e Impuestos del Seguro Nacional de Salud	Tel: 044-744-3201
	Subdivisión de Beneficios y Subsidio Médico del Seguro Nacional de Salud	Tel: 044-744-3202
	Subdivisión de Primas de Seguro	Tel: 044-744-3109
Sección de Seguros y Pensiones, Oficina Distrital de Takatsu	Subdivisión de Calificaciones e Impuestos del Seguro Nacional de Salud	Tel: 044-861-3174
	Subdivisión de Beneficios y Subsidio Médico del Seguro Nacional de Salud	Tel: 044-861-3178
	Subdivisión de Primas de Seguro	Tel: 044-861-3173
Sección de Seguros y Pensiones, Oficina Distrital de Miyamae	Subdivisión de Calificaciones e Impuestos del Seguro Nacional de Salud	Tel: 044-856-3156
	Subdivisión de Beneficios y Subsidio Médico del Seguro Nacional de Salud	Tel: 044-856-3275
	Subdivisión de Primas de Seguro	Tel: 044-856-3131
Sección de Seguros y Pensiones, Oficina Distrital de Tama	Subdivisión de Calificaciones e Impuestos del Seguro Nacional de Salud	Tel: 044-935-3164
	Subdivisión de Beneficios y Subsidio Médico del Seguro Nacional de Salud	Tel: 044-935-3231
	Subdivisión de Primas de Seguro	Tel: 044-935-3163
Sección de Seguros y Pensiones, Oficina Distrital de Asao	Subdivisión de Calificaciones e Impuestos del Seguro Nacional de Salud	Tel: 044-965-5189
	Subdivisión de Beneficios y Subsidio Médico del Seguro Nacional de Salud	Tel: 044-965-5264
	Subdivisión de Primas de Seguro	Tel: 044-965-5252

Guía del Seguro Nacional de Salud de la Ciudad de Kawasaki de 2019

Edición y Publicación:
 Sección de Seguros y Pensiones, Departamento de Seguros Médicos, Dirección de Salud y Bienestar, Ciudad de Kawasaki
 1 Miyamoto-cho, Kawasaki-ku, Kawasaki-shi
 Tel.: 044-200-2632