

Guía del Sistema de Seguro Nacional de Salud (SNS) de Japón

Índice

- ¿Cómo funciona el Sistema de Seguro Nacional de Salud (SNS) de Japón? 1
- Afiliados al SNS..... 2
- En tales circunstancias, informe de ello en 14 días. 3
- Aportación de Cuotas (Primas) del Seguro que Sostienen al SNS 4
- Pague su Cuota (Prima) del SNS a Tiempo 6
- Prestaciones del SNS..... 7
- Costos de alimentación y manutención durante la hospitalización..... 9
- Gastos Médicos Mayores 11
- Sistema de Copagos Combinados para Costes Asistenciales de Larga Duración y Médicos Importantes 15
- Sistema de Seguro de Cuidados de Larga Duración (Atención Prolongada) 16
- Servicios de Bienestar para Discapacidades 17
- Sistema de Asistencia Médica de Larga Duración 18
- Lesiones por Accidentes de Tránsito y Otros Incidentes..... 19
- Reciba un examen médico especializado y consejos médicos especializados. 20
- Para los individuos que no se realizan estudios especializados 21
- Usemos medicamentos genéricos..... 22
- Declare su intención con respecto a la donación de órganos..... 23

La información contenida en este folleto es válida a la fecha del 31 de enero de 2026. En caso de que se produzcan modificaciones legislativas u otros cambios en el sistema, la información se publicará en la página web de la Organización del Seguro Nacional de Salud. Por favor, escanee el código 2D que aparece a la derecha.



¿Cómo funciona el Sistema de Seguro Nacional de Salud (SNS) de Japón?

El Sistema del Seguro Nacional de Salud (SNS) se sostiene gracias a la aportación regular de cuotas (primas) del SNS por parte de sus afiliados sanos, lo que permite que esté listo para atenderlos en caso de enfermedad o lesiones graves. El SNS le ayuda a sus asegurados a pagar los costos de incidencias médicas y a mantener un estilo de vida saludable.

● Copago (participación en el pago de los gastos médicos) que le corresponde al afiliado

Niños en edad preescolar(20%)

Niños en edad escolar hasta adultos de 69 años de edad (30%)

Adultos de 70 a 74 años de edad (20% o 30%)



Afiliado

(asegurado inscrito en el SNS)

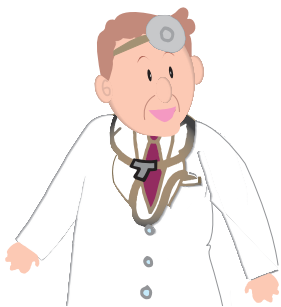
Afiliado se inscribe al SNS.
Afiliado paga cuota (prima) del SNS.

Localidad recibe subsidio económico del gobierno nacional

El afiliado recibe un Certificado de confirmación de elegibilidad o un Aviso de información de elegibilidad.

Afiliado paga copago.

Afiliado recibe servicio médico.



Doctor SNS

(proveedor de atención médica)

Proveedor de atención médica factura gastos médicos al SNS.

SNS paga gastos médicos al proveedor de asistencia médica.



Asegurador

(prefectura, ciudad o población)

Ciudad o población paga gastos médicos al SNS.

SNS reporta gastos médicos incurridos.



Federación de Organizaciones de Seguro Nacional de Salud

- ☆ Hay sistemas que puede utilizar para aplicar una colección de aplazamientos y exenciones para sus copagos en el caso de que se le dificulte pagar sus copagos debido a motivos especiales, como en el caso de un desastre.
→ Para obtener más detalles, póngase en contacto con su oficina de seguros del servicio de salud del Japón.

Afiliados al SNS

Todo ciudadano y residente japonés (excepto residentes de corta duración) pueden inscribirse al SNS, a menos de que (1) tengan 75 años de edad o más, (2) reciban un seguro médico por parte de su empleador (tales como de asociaciones de seguros médicos, mutualidades de asistencia u organizaciones de seguro de marineros), o (3) reciban asistencia pública (Sistema de seguro de salud para toda la nación).

● Una sola solicitud por cada grupo familiar

Para afiliarse al SNS, cada grupo familiar (definido como un grupo de personas que vive en una misma residencia, compartiendo un mismo presupuesto de hogar) presenta una sola solicitud de afiliación. La cabeza del grupo familiar presenta esta solicitud.

● Cada miembro está cubierto individualmente

Aunque cada hogar solo presente una solicitud al SNS, cada miembro del hogar es asegurado individualmente.

● Residentes extranjeros

Los residentes a quienes se le aplique la Ley de Registro de Residentes Básicos (los residentes de mediano a largo plazo cuya estadía supere los tres meses, los residentes permanentes especiales, las personas que tienen permiso para una estadía provisoria, las personas que tienen permiso de refugio temporal o las personas que pueden continuar su estadía transitoria en Japón) son elegibles para suscribirse al SNS.

Las personas cuya estadía ha sido igual o menor a tres meses, pero que se puede probar mediante documentos objetivos que esta estadía supera los tres meses pueden suscribirse al SNS.

Discontinuación de las tarjetas SNS

A partir del 2 de diciembre de 2024, no se emitirán nuevas tarjetas de SNS, y las tarjetas de Número Individual* y de SNS se han combinado en la tarjeta de Seguro Médico de Número Individual.

Para obtener más información, consulte el sitio web del Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar Social (https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08277.html).



* La tarjeta de Número Individual también se conoce como tarjeta Mi Número.

* Si hace un uso indebido de su tarjeta Seguro Médico de Número Individual o de su Certificado de confirmación, podría ser sancionado con pena de prisión por fraude, de conformidad con el código penal.



En tales circunstancias, informe de ello en 14 días.

El retraso en la notificación puede causar problemas, ya que puede ser hecho personalmente responsable del costo total de su tratamiento médico, o puede verse obligado a pagar todas las cuotas atrasadas del seguro médico, así que tenga cuidado.

La persona que se haya registrado para utilizar la tarjeta de Número Individual como tarjeta de seguro médico también debe presentar la declaración.

- * Aún cuando haya sido empleado de una compañía y se haya afiliado al sistema de seguro de salud de su compañía y luego utilizar el seguro nacional de salud en un proveedor de atención médica, si no sigue el procedimiento para cancelar su seguro nacional de salud, es posible que se le solicite que devuelva los gastos médicos.
- * Debe presentar una solicitud para utilizar su tarjeta de Número Individual como una credencial del SNS.
- * Se requieren los documentos A o B a continuación para realizar el procedimiento.
 - A. Documento de identidad que pueda utilizarse para verificar su identidad y un documento con su número individual (certificado de residencia o certificado de artículos indicados en el registro de residentes)
 - B. Tarjeta de Número Individual
- * Los elementos requeridos para la notificación pueden variar según la ciudad o pueblo. Para obtener más información, póngase en contacto con la sección del SNS de su oficina local.

¿Cuándo iniciar o renovar su afiliación al SNS?

Cuando se mude de una ciudad, distrito, municipalidad o poblado, a otro

Cuando termine su afiliación a otro sistema de seguro médico

Cuando deje de ser un miembro dependiente en un grupo familiar afiliado a otro sistema de seguro médico

Cuando dé a luz

Cuando deje de recibir asistencia pública

Cuando un ciudadano extranjero entra en Japón (excepto los visitantes de corta duración)

Si usted es ciudadano extranjero

Documentos necesarios para solicitar la afiliación al SNS

Certificado de cambio de domicilio

Certificado que pruebe que ha terminado su afiliación a otro sistema de seguro médico

Manual de salud materno infantil

Carta indicando que ha sido retirado de la asistencia pública

Pasaporte o tarjeta de residencia

Certificado Especial de Residente Permanente o Tarjeta de Residencia

¿Cuándo se acaba su afiliación al SNS?

Cuándo tiene derecho a acceder al Sistema de Asistencia Médica de Larga Duración (Para los miembros que tienen entre 65 y 74 años de edad) (consulte la página 18)

Cuando se mude de una ciudad, distrito, municipalidad o poblado, a otro

Cuando comience una afiliación en otro sistema de seguro médico

Cuando pase a ser un miembro dependiente de un grupo familiar afiliado a otro sistema de seguro médico

Al fallecer

Cuando comience a recibir asistencia pública

Documentos necesarios para renovar su afiliación al SNS o registrar cambios

Certificado de confirmación de elegibilidad o Aviso de información de elegibilidad

Certificado de confirmación de elegibilidad o Aviso de información de elegibilidad

Certificado de confirmación de elegibilidad o Aviso de información de elegibilidad para SNS u otro seguro médico

Certificado de confirmación de elegibilidad o Aviso de información de elegibilidad

Certificado de confirmación de elegibilidad o Aviso de información de elegibilidad y carta indicando que comenzará a recibir asistencia pública

Otros casos

Cuando haya cambios de dirección, de cabeza del grupo familiar o de nombres

Cuando sus hijos se muden a otra ciudad, distrito, municipalidad o poblado para su educación

Cuando se mude de una ciudad, distrito, municipalidad o poblado a otro con el fin de cambiar a otro centro.

Cuando su Certificado de confirmación de elegibilidad o Aviso de información de elegibilidad se pierde o se vuelve ilegible

Documentos necesarios para hacer los cambios requeridos

Certificado de confirmación de elegibilidad

Certificado de confirmación de elegibilidad, credencial de ID de estudiante, etc.

Certificado de confirmación de elegibilidad, certificado de afiliación de un centro, etc.

Identificación que pueda identificar al individuo

* Si pierde sus certificados, notifique a la policía.



Aportación de Cuotas (Primas) del Seguro que Sostienen al SNS

● Sistema del SNS y Aportación de cuotas (primas) del SNS

El SNS es un importante sistema de apoyo en las vidas de todos los residentes japoneses, permitiéndoles recibir tratamiento médico por sólo una fracción de su costo total. Junto con el subsidio económico por parte de los gobiernos nacional y prefectural, la aportación de cuotas (primas) del SNS por parte de sus afiliados, provee una fuente vital de financiamiento para mantener al SNS en operación. Los afiliados al SNS deben cumplir por tanto siempre con su pago de cuota (prima) del SNS.

● Aportación de cuotas (primas) del SNS por sus afiliados

Afiliados hasta los 39 años de edad

★ No los cubre el Sistema de Seguro de Cuidados de Larga Duración.

Los afiliados de hasta 39 años solo pagan la cotización al Seguro Nacional de Salud (prima), que incluye una contribución para la atención médica, una contribución al Sistema de Seguro de Salud para Personas de la Tercera Edad y una contribución al Sistema de Apoyo a la Infancia y la Crianza de los Hijos.

Cuotas (primas) del SNS

- Contribución para atención médica
- Contribución al Sistema de Seguro de Salud para Personas de la Tercera Edad
- Contribución al Sistema de Apoyo a la Infancia y la Crianza de los Hijos

Afiliados de 40 a 64 años de edad

★ Son asegurados Tipo 2 del Sistema de Seguro de Cuidados de Larga Duración.

Los afiliados de entre 40 y 64 años pagan una única cuota del Seguro Nacional de Salud (prima), que incluye una contribución para la atención médica, una contribución para el Sistema de Seguro de Salud para Personas de la Tercera Edad y una contribución para el Sistema de Apoyo a la Infancia y la Crianza de los Hijos, además de una contribución para el Sistema de Seguro de Atención a Largo Plazo.

Cuotas (primas) del SNS

- Contribución para atención médica
- Contribución al Sistema de Seguro de Salud para Personas de la Tercera Edad
- Contribución al Sistema de Apoyo a la Infancia y la Crianza de los Hijos
- Contribución para el Sistema de Seguro de Cuidados de Larga Duración

● Año de afiliación en el cual cumpla 40 años de edad

Su cuota del SNS aumentará para incluir la contribución para el Sistema de Seguro de Cuidados de Larga Duración, a partir del mes en que cumpla los 40 años de edad. (El mes que se considera para tal efecto, es el mes que contiene el día previo al de su cumpleaños no. 40.)

Afiliados de 65 a 74 años de edad

★ Son afiliados Tipo 1 del Sistema de Seguro de Cuidados de Larga Duración.

Los afiliados de entre 65 y 74 años pagan la cotización al Seguro Nacional de Salud (prima), que incluye una contribución para la atención médica, una contribución al Sistema de Seguro de Salud para Personas de la Tercera Edad y una contribución al Sistema de Apoyo a la Infancia y la Crianza de los Hijos y además pagan por separado la prima del Sistema de Seguro de Atención a Largo Plazo.

Cuotas (primas) del SNS

- Contribución para atención médica
- Contribución al Sistema de Seguro de Salud para Personas de la Tercera Edad
- Contribución al Sistema de Apoyo a la Infancia y la Crianza de los Hijos

* La cuota (prima) del SNS para los grupos familiares en los cuales todos los miembros tienen de 65 a 74 años de edad se deduce de la pensión de la cabeza del grupo familiar (excepto los que realizan pagos mediante transferencia bancaria). Sin embargo, el impuesto por SNS (prima) deberá pagarse por separado cuando se presente alguno de los casos que se enumeran a continuación: (1) el jefe del hogar no es afiliado de SNS, (2) el jefe del hogar recibe una pensión anual de menos de 180,000 yenes, o (3) el impuesto por SNS (prima) y la prima del Sistema de Seguro de Atención a Largo Plazo combinada es superior a la mitad de la pensión anual del jefe del hogar.

Prima del Sistema de Seguro de Cuidados de Larga Duración

- Contribución para el Sistema de Seguro de Cuidados de Larga Duración

● Año de afiliación en el cual cumpla 65 años de edad

Su prima del Sistema de Seguro de Cuidados de Larga Duración (la contribución de su cuota del SNS para el Sistema de Seguro de Cuidados de Larga Duración), correspondiente al periodo que termina el mes previo al mes en que cumpla 65 años de edad, deberá ser pagada separadamente de la cuota (prima) del SNS, que debe ser pagada al final del año de afiliación.

- * La contribución al Sistema de Apoyo a la Infancia y la Crianza de los Hijos se reduce en el importe per cápita total correspondiente a los hijos (hasta la edad de cursar la escuela preparatoria o bachillerato).
- * Para obtener más información sobre el Sistema de Apoyo a la Infancia y la Crianza de los Hijos, consulte aquí.

Página web de la
Agencia de Niños y Familias



Nota oficial de la
Agencia de Niños y Familias



● Comience a pagar las cuotas (primas) del SNS tan pronto adquiera el derecho de afiliación al SNS

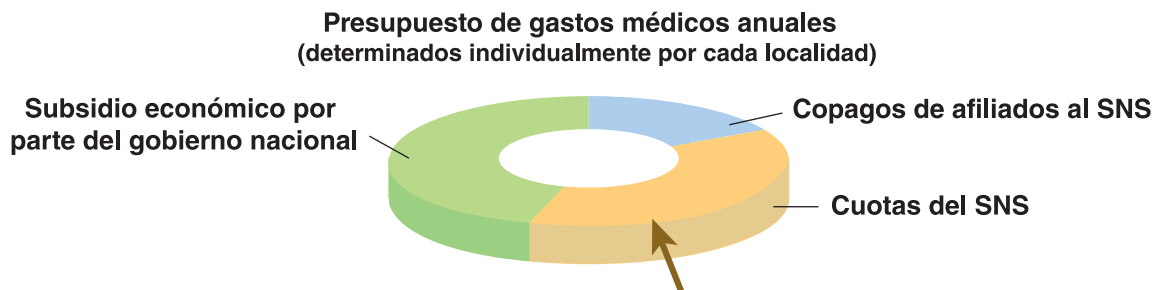
Usted debe iniciar su aportación de cuotas (primas) del SNS tan pronto adquiera el derecho de afiliación al SNS. Usted adquiere el derecho de afiliación al SNS cuando (1) su afiliación al sistema de seguro médico de su empleador se termina, (2) usted deja de recibir asistencia pública o (3) usted comienza a vivir en su nuevo domicilio, después de mudarse de una localidad a otra. **Si se demora en solicitar la inscripción o renovación de su afiliación al SNS, deberá pagar los montos atrasados de cuotas (primas) del SNS.**

● La cabeza del grupo familiar es responsable de pagar la cuota del SNS

Los recibos para el pago de cuotas del SNS se le envían a la cabeza del grupo familiar. Incluso si la cabeza del grupo familiar no está afiliada al SNS, sino al sistema de seguro médico de su empleador, aun así será responsable del pago de las cuotas del SNS de aquellos miembros del grupo familiar que sí estén afiliados al SNS.

● Criterios utilizados para determinar el monto de la cuota del SNS

La cuota (prima) del SNS se determina en combinación con la ciudad o población, y se calcula como se muestra a continuación.



Uniforme

Calculado en base al número de miembros del grupo familiar.

Equitativo

Calculado en base al monto por grupo familiar.

Por ingreso

Calculado en base al ingreso del afiliado.

- ☆ Hay sistemas que puede utilizar para aplicar una colección de aplazamientos y exenciones para sus impuestos (primas) del SNS en el caso de que se le dificulte pagar su impuesto (prima) del SNS debido a motivos especiales, como en el caso de un desastre. → Para obtener más detalles, póngase en contacto con un representante a cargo del impuesto (prima) del SNS.

¡Pague los impuestos de su seguro (primas) mediante un retiro automático conveniente y confiable!

Para otros métodos de pago de impuestos (prima), consulte el reverso del estado de cuenta de pago, el sitio web de su ciudad o pueblo u otros materiales similares.

Pague su Cuota (Prima) del SNS a Tiempo

Las cuotas (primas) del SNS son un importante recurso financiero que sufraga los gastos médicos de todos los afiliados al SNS. Se pueden imponer cargos por pagos atrasados a los impuestos (primas) del SNS que no sean pagados antes de la fecha límite de pago.

SNS puede tomar los pasos a continuación para los hogares que se retrasan en el pago de sus impuestos (primas) de SNS.


- 1 A menos que existan circunstancias extraordinarias, si el impuesto (prima) del SNS no se paga dentro de un período determinado, usted estará sujeto a Gastos Médicos Especiales. Esto significa que usted será responsable del pago del monto total de los gastos médicos y recibirá un reembolso de los gastos médicos menos el copago en una fecha posterior.
- 2 La recepción del seguro nacional de salud de Japón podrá suspenderse total o parcialmente. Además, si recibe beneficios del SNS (atención médica, atención médica de alto costo, gastos funerarios, etc.), la cantidad que recibió puede aplicarse en parte o en su totalidad a su cuota adeudada del SNS (prima).
Tenga en cuenta que, según exige la ley, en caso de que no pueda pagar su cuota (prima) del SNS, puede utilizarse el embargo de bienes (salario, ahorros, bienes raíces, etc.) y otros métodos similares.

Si espera tener alguna dificultad con el pago de su impuesto (prima) del SNS, póngase en contacto con el representante a cargo del impuesto (prima) del SNS de su distrito o ciudad lo antes posible.

Prestaciones del SNS

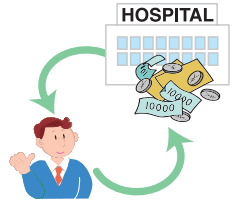
Una vez que se convierte en asegurado del SNS, usted tendrá derecho a recibir diversos tipos de prestaciones; posibles gracias a la aportación de las cuotas (primas) del SNS por parte de sus afiliados, así como por otras fuentes de subsidio económico.

○ Prestaciones médicas

¿Cuándo se reciben?	Prestaciones que se reciben	Puntos a tomar en cuenta
<ul style="list-style-type: none"> ● En caso de contraer una enfermedad ● En caso de lesión ● En caso de requerir atención dental 	<p>Tratamiento médico a entre el 20 y 30%* del costo original</p> <p>* Niños en edad preescolar (20%) Niños en edad escolar hasta adultos de 69 años de edad (30%) Adultos de 70 a 74 años (20% o 30%)</p>	<p>Debe presentar su tarjeta de Seguro Médico de Número Individual o el Certificado de confirmación de elegibilidad al proveedor de atención médica que acepte al SNS.</p>

○ Reembolso por gastos médicos (reposiciones recibidas del SNS después de solicitarlas)

* El plazo de prescripción para solicitar el reembolso de los gastos médicos es de dos años a partir del día siguiente a la fecha en que se pagaron dichos gastos. No obstante, la fecha que se tomará en cuenta para calcular los reembolsos de gastos médicos importantes será el primer día del mes siguiente al mes en que se recibió la atención médica. (Si el copago se realiza en el mes siguiente al mes en que se recibió la atención médica o en un mes posterior, para calcular el reembolso se tomará en cuenta el día siguiente a la fecha en que se realizó el copago).

¿Cuándo se reciben?	Prestaciones que se reciben	Puntos a tomar en cuenta
<ul style="list-style-type: none"> ● En caso de recibir tratamiento por parte de un proveedor de atención médica, que no acepte el SNS, o cuando requiera recibir tratamiento y no posea una tarjeta de Seguro Médico de Número Individual o el Certificado de confirmación de elegibilidad 	<p>Después de pagar inicialmente el monto total, el afiliado solicita la restitución de los gastos médicos incurridos. El SNS investiga el caso, y el afiliado recibe una reposición del monto aprobado.</p>	<p>El SNS investiga las circunstancias a fondo, antes de reembolsar los gastos. Se requiere la factura o recibo de pago por los gastos del tratamiento médico o comprobantes equivalentes aceptables.</p> 
<ul style="list-style-type: none"> ● En caso de haber gastos por fajas, muletas u otros dispositivos médicos ● En caso de pagar por sangre utilizada para transfusiones 		<p>Se requiere el certificado del médico. Los costos de la sangre utilizada en transfusiones entre padres e hijos, hermanos u otros miembros de la familia no son reembolsables.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● En caso de haber gastos por hospitalización, o transportación de un paciente crítico 	<p>Los gastos de transportación incurridos se reembolsan (hasta un monto no mayor al estimado para un transporte por la ruta y medio estándar más económico), siempre y cuando el traslado haya sido por una emergencia, y un médico lo haya determinado como necesario.</p>	<p>Sólo cuando sea autorizado por el SNS. Se requiere la valoración escrita del médico, en la cual se estima que el traslado es necesario, y los recibos de los gastos de transportación incurridos (indicando la distancia y los puntos inicial y final del viaje).</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● En caso de ser tratado por una enfermedad o lesión, por un proveedor de atención médica en el extranjero (gastos médicos realizados en el extranjero) 	<p>Los afiliados al SNS pueden recibir una reposición del costo estimado para el tratamiento de la misma lesión o enfermedad en Japón (o del monto real pagado en el extranjero, si éste es menor).</p>	<p>Deberá presentar una descripción detallada del tratamiento, un recibo detallado, la correspondiente traducción, su pasaporte, una copia de su boleto de avión o un documento de similares características que pueda usarse para demostrar que usted ha viajado al exterior, así como un formulario que exprese su consentimiento para que se investigue el tratamiento.</p>

* El SNS reembolsa los gastos médicos realizados en el extranjero, únicamente para tratamientos de urgencia médica. El SNS no reembolsa gastos médicos de viajes hechos al extranjero con el propósito de recibir trasplantes de órganos u otros tratamientos no cubiertos por el SNS en Japón.

Costos médicos para la terapia de judo, acupuntura, moxibustión, masaje anma tradicional y terapia de masaje occidental

¿Cuándo se reciben?	Prestaciones que se reciben	Puntos a tomar en cuenta
<ul style="list-style-type: none"> En caso de ser tratado por un terapeuta judo tradicional (para fractura de huesos, dislocaciones, golpes en el cuerpo y esguinces) Cuando recibe acupuntura, moxibustión, masaje anma tradicional o terapia de masaje occidental con el consentimiento por escrito de un médico o certificado médico <p>* Debe ser realizado en un centro de tratamiento representativo designado. Verifique que la instalación de tratamiento que desea utilizar sea una instalación representativa designada. La información también se puede encontrar en el sitio web de la Oficina Regional de Salud y Bienestar.</p>	<p>Tratamiento por una fracción* del costo original pagado por el afiliado</p> <p>* Niños en edad preescolar(20%) Niños en edad escolar hasta adultos de 69 años de edad(30%) Adultos de 70 a 74 años (20% o 30%)</p>	<p>Presente su tarjeta de Seguro Médico de Número Individual o el Certificado de confirmación de elegibilidad en el lugar donde reciba atención médica. En algunos casos también podrá necesitar su hanko.</p> <ul style="list-style-type: none"> Al recibir terapia de judo: <ul style="list-style-type: none"> Lo descrito a continuación no está cubierto por el seguro en base al diagnóstico o determinación de un médico o terapeuta de judo. Rigidez simple (fatiga o crónica) en los hombros o fatiga muscular Enfermedades crónicas como secuelas de enfermedades cerebrales y tratamientos a largo plazo cuyos síntomas no presentan mejoría Lesiones que actualmente están siendo tratadas en una institución médica (hospital, clínica, etc.)

* Instalaciones representativas designadas: Un profesional proporciona un tratamiento especificado en el seguro de salud (como un costo médico). El proveedor del servicio recibe una parte de los gastos médicos del paciente, etc., y luego prepara y presenta una solicitud de pago de gastos médicos en nombre del paciente a la aseguradora o institución correspondiente (Federación de Organizaciones de Seguro Nacional de Salud en la prefectura de Shiga). El proveedor del servicio, como representante designado del paciente, recibirá la cantidad restante. Si la instalación de tratamiento no es una instalación representativa designada, los pacientes deberán encargarse del trámite de recibir el reembolso de los pagos.

Reembolso por gastos médicos mayores

¿Cuándo se reciben?	Prestaciones que se reciben	Puntos a tomar en cuenta
<ul style="list-style-type: none"> Cuando los gastos sean mayores que el deducible preestablecido 	<p>Consulte las páginas 11 a 15.</p>	

Other benefits

¿Cuándo se reciben?	Prestaciones que se reciben	Puntos a tomar en cuenta
<ul style="list-style-type: none"> Costos de alimentación durante la hospitalización 	<p>Consulte la página 9.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Costos de alimentación y manutención para miembros de 65 años o más que estén hospitalizados en instalaciones de cuidado a largo plazo 	<p>Consulte la página 10.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> En caso de utilizar servicios de enfermería a domicilio 	<p>Los afiliados al SNS pagan parte del costo, y el SNS paga el remanente (Servicio de Enfermería a Domicilio).</p>	<p>Aplica cuando el médico considere que el tratamiento en casa es necesario. Presente su tarjeta de Seguro Médico de Número Individual o el Certificado de confirmación de elegibilidad al equipo de enfermería visitante. (Esta prestación la paga el Sistema de Seguro de Cuidados de Larga Duración, en algunos casos.)</p>
<ul style="list-style-type: none"> En caso de dar a luz En caso de embarazo, de por lo menos 85 días, incluso cuando haya pérdida del bebé 	<p>Prestación de alumbramiento / guardería</p>	<p>En principio, el seguro nacional de salud de Japón realizará los pagos directamente a los proveedores de asistencia médica para que la suma total o los beneficios del cuidado infantil puedan aplicarse al costo del nacimiento.</p>
<ul style="list-style-type: none"> En caso de fallecimiento del afiliado al SNS 	<p>Gastos funerarios</p>	<p>Los pagos se realizarán al deudo más cercano. El deudo principal deberá presentar algo que pruebe que es efectivamente el deudo más cercano.</p>

☆ Para mayores informes, contacte la sección SNS de las oficinas de su localidad.

Costos de alimentación y manutención durante la hospitalización

Los copagos estándar para los costos de alimentación durante la hospitalización y los costos de alimentación y manutención para los miembros de 65 años o más admitidos en instalaciones de cuidado a largo plazo son los siguientes. Los costos restantes serán cubiertos por SNS.

Los siguientes afiliados al SNS deben solicitar y obtener el Certificado para la aplicación de un límite en el importe de los gastos médicos y de reducción del importe estándar en la sección SNS en las oficinas de su localidad: (1) afiliados al SNS menores a 70 años de edad de grupos familiares exentos del impuesto de residencia, y (2) afiliados al SNS de bajos ingresos Tipo I o II de 70 años de edad o mayores.

* No es necesario solicitar el Certificado para la aplicación de un límite en el importe de los gastos médicos si usa su tarjeta de Seguro Médico de Número Individual o el Certificado de confirmación de elegibilidad con un proveedor de atención médica equipado con un sistema en línea para verificar calificaciones. (Excluyendo a los miembros del SNS de hogares exentos del impuesto de residencia y cuyo número total de días de hospitalización durante los últimos 12 meses es superior a 90 días)

1. Costos de alimentación durante la hospitalización

(Hasta mayo de 2026)

Afiliados al SNS generales (asegurados distintos a los abajo mencionados)		510 yenes por comida^{*1}
Afiliados al SNS de grupos familiares exentos del impuesto de residencia (Afiliado al SNS de bajos ingresos Tipo II ^{*2} de 70 años de edad o mayor)	Número total de días hospitalizados durante los últimos 12 meses: 90 ó menos	240 yenes por comida
	Número total de días hospitalizados durante los últimos 12 meses: más de 90	190 yenes por comida
Afiliado al SNS de bajos ingresos Tipo I^{*3} de 70 años de edad o mayor		110 yenes por comida

*1: 300 yenes (por comida) para personas con enfermedades incurables y niños con enfermedades crónicas de categorías especificadas.

*2: Miembro de un grupo familiar en el cual la cabeza del grupo familiar y todos los miembros del SNS están exentos del impuesto de residencia.

*3: Un integrante del grupo familiar en el que el jefe del hogar y todos los miembros del SNS del grupo familiar están exentos del impuesto de residencia, y en el que el ingreso total del jefe del hogar y de todos los miembros del SNS del hogar es inferior al monto prescrito.

Los copagos estándar mencionados arriba no están incluidos en los copagos utilizados para calcular las prestaciones para gastos médicos mayores.



2. Costos de alimentación y manutención para miembros de 65 años o más que estén hospitalizados en instalaciones de cuidado a largo plazo

(Hasta mayo de 2026)

Clasificación de ingresos, etc.			Costos de alimentación	Costos de manutención
Afiliados al SNS generales	Asegurados hospitalizados con un proveedor de atención médica del SNS que utiliza Gastos de Hospitalización I		510 yenes por comida	370 yenes por día
	Asegurados hospitalizados con un proveedor de atención médica del SNS que utiliza Gastos de Hospitalización II		470 yenes por comida	
Afiliados al SNS de grupos familiares exentos del impuesto de residencia (asegurados de bajos ingresos Tipo II)*²	Clasificación de la atención médica	I	240 yenes por comida	
		II	240 yenes por comida*¹	
		III		
Afiliados al SNS de grupos familiares exentos del impuesto de residencia, en los cuales los ingresos totales son menores al monto de ingresos prescrito (asegurados de bajos ingresos Tipo I)	Clasificación de la atención médica	I	140 yenes por comida	
		II	110 yenes por comida	
		III		

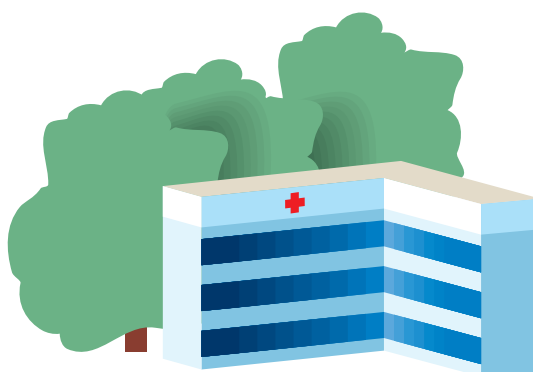
*1: 190 yenes por comida si el número total de días de hospitalización durante los últimos 12 meses es superior a 90 días.

*2: Las personas de entre 65 y 69 años son tratadas como afiliados de grupos familiares exentos del impuesto de residencia (asegurados de bajos ingresos Tipo II).

- Los asegurados que requieran respiradores artificiales o alimentación por vía intravenosa, o que presenten lesión de la espina dorsal (con parálisis total) o una enfermedad terminal, solo pagan los ingredientes de sus alimentos (copago estándar de Gastos de Hospitalización).

Consulte con la instalación médica para ver si califica para la hospitalización en una instalación de cuidado a largo plazo.

Los copagos estándar mencionados arriba no están incluidos en los copagos utilizados para calcular las prestaciones para gastos médicos mayores



Gastos Médicos Mayores

La siguiente información está actualizada para enero de 2026 y está sujeta a cambios.

Cuando el copago pagado a un proveedor de atención médica es alto, el SNS paga el monto excedente del deducible del afiliado al SNS. Para recibir gastos médicos mayores, usted debe llenar una solicitud. Presente la Solicitud para Recibir Gastos Médicos Mayores en la sección SNS de las oficinas de su localidad.

En el mes en el que se mudó de una ciudad/población en la prefectura de Shiga a otra ciudad/población en la prefectura de Shiga y únicamente si no ha habido cambios en la configuración de su grupo familiar, se dividirá equitativamente el valor deducible entre el monto previo al cambio de domicilio y el monto después del cambio de domicilio. (Desde abril de 2018)

1 Cuando sus copagos mensuales excedan el deducible

Los miembros que hagan copagos a una sola institución médica por tratamiento médico desde el primer día del mes hasta el final del mes que exceden el deducible que se muestra en las Tablas 1 (a continuación) y 2 (página 12) podrán solicitar que se les reembolse el importe excedente a su oficina de SNS (reembolso).

Los reembolsos de los pagos suelen tardar entre 3 y 4 meses a partir de la fecha de aplicación.

Si realizó previamente una solicitud al sistema de SNS y recibió un Certificado para la aplicación de un límite en el importe de los gastos médicos (o, para los miembros de SNS residentes Tipo I y Tipo II exentos de impuestos, un Certificado para la aplicación de un límite en el importe de los gastos médicos y de reducción del importe estándar) que cubre el deducible de su copago, su pago a cada proveedor de atención médica (que se maneja por separado para tratamiento hospitalario/ambulatorio y para tratamiento médico/dental) puede limitarse a su deducible de copago.

Sin embargo, no es necesario solicitar el certificado de elegibilidad si usa su tarjeta de Seguro Médico de Número Individual con un proveedor de atención médica equipado con un sistema en línea para verificar calificaciones. (Excluyendo a los miembros del SNS de hogares exentos del impuesto de residencia y cuyo número total de días de hospitalización durante los últimos 12 meses es superior a 90 días)

Si no paga las primas (impuestos) de su SNS, es posible que su deducible no se aplique.

1. Afiliado al SNS menor a 70 años de edad

Clasificación correspondiente	Clasificación de ingresos	Deducibles (mensuales) de afiliados al SNS
A	Ingresos mayores a 9.01 millones de yenes	252,600 yenes + a a = (Gastos médicos incurridos - 842,000 yenes) x 1% (Provisión por prestaciones frecuentes: 140,100 yenes* ²)
B	Ingresos entre 6 y 9.01 millones de yenes	167,400 yenes + b b = (Gastos médicos incurridos - 558,000 yenes) x 1% (Provisión por prestaciones frecuentes: 93,000 yenes* ²)
C	Ingresos entre 2.1 y 6 millones de yenes	80,100 yenes + c c = (Gastos médicos incurridos - 267,000 yenes) x 1% (Provisión por prestaciones frecuentes: 44,400 yenes* ²)
D	Ingresos de 2.1 millones de yenes o menos	57,600 yenes (Provisión por prestaciones frecuentes: 44,400 yenes* ²)
E	Afiliados exentos del impuesto de residencia* ¹	35,400 yenes (Provisión por prestaciones frecuentes: 24,600 yenes* ²)

Las clasificaciones de los ingresos se actualizan todos los años, en agosto, sobre la base del ingreso del año anterior. Además, todas las enmiendas y los cambios relativos a devolución de impuestos de los hogares se evalúan individualmente.

El ingreso hace referencia al ingreso anual estándar de todos los miembros del grupo familiar afiliados al SNS en el mismo hogar.

*1: Aplica para miembros de grupos familiares en que el jefe de familia y los miembros del grupo familiar del SNS están exentos de impuestos de residente.

*2: Deducible después del cuarto beneficio para un solo hogar que recibe tres o más beneficios por costos médicos mayores en los últimos doce meses.

Ejemplo: Una persona es ingresada en un hospital e incurre en gastos médicos de 1 millón de yenes (general) en un mes (Ingresos entre 2.1 y 6 millones de yenes)



Total de gastos médicos de 1 millón de yenes	
70% (pagado por el SNS) 700,000 yenes	30% (copago) 300,000 yenes
Deducible 87,430 yenes	Gastos médicos mayores 212,570 yenes

Deducible= 80,100 yenes + (1 millón de yenes – 267,000 yenes) x 1%= 87,430 yenes

2. Afiliados al SNS de 70 años de edad o mayores (excepto asegurados con derecho al Sistema Sanitario Médico de Larga Duración)

Porcentaje de copago	Clasificación de ingresos*1		Deducibles (mensuales) de afiliados al SNS	
			Pacientes externos (por persona)	Pacientes externos + ingresos (por grupo familiar)
30%	Personas asalariadas en su nivel de ingresos de pre-retiro*2	III Monto de imposición de base: 6.9 millones de yenes o más	252,600 yenes + (Gastos médicos incurridos – 842,000 yenes) x 1% (Provisión por prestaciones frecuentes: 140,100 yenes*5)	
		II Monto de imposición de base: 3.8 millones de yenes o más	167,400 yenes + (Gastos médicos incurridos – 558,000 yenes) x 1% (Provisión por prestaciones frecuentes: 93,000 yenes*5)	
		I Monto de imposición de base: 1.45 millones de yenes o más	80,100 yenes + (Gastos médicos incurridos – 267,000 yenes) x 1% (Provisión por prestaciones frecuentes: 44,400 yenes*5)	
20%	Afiliados generales		18,000 yenes (límite anual máximo: 144,000 yenes*6)	57,600 yenes (44,400 yenes*5)
	Afiliados exentos del impuesto de residencia	Typo II*3	8,000 yenes	24,600 yenes
		Typo I*4		15,000 yenes

*1: Las clasificaciones de los ingresos se actualizan todos los años, en agosto, sobre la base del ingreso del año anterior. Además, todas las enmiendas y los cambios relativos a devolución de impuestos de los hogares se evalúan individualmente.

*2: Un afiliado al SNS que vive en un grupo familiar con miembros del SNS de 70 años de edad o mayores y que percibe por lo menos el nivel de ingresos prescrito (ingreso después de deducciones impositivas locales, es decir, la base imponible) de 1,450,000 yenes). Sin embargo, si el miembro anota en su solicitud que los ingresos combinados de los miembros del hogar que incorporados en el SNS de 70 años o más son inferiores al nivel prescrito (ingreso anual inferior a 3,830,000 yenes para hogares unipersonales o ingreso anual inferior a 5,200,000 yenes para hogares de al menos dos personas), el miembro puede cambiar a la categoría “Afiliados generales”. Si se determina que se cumplen las condiciones, se considerará que el miembro se encuentra en la categoría de “Afiliados generales”, incluso si no se ha presentado ninguna solicitud.

*3: Un afiliado al SNS, que vive en un grupo familiar donde la cabeza de éste y todos los miembros del SNS del grupo familiar están exentos del impuesto de residencia.

*4: Un integrante del grupo familiar en el que el jefe del hogar y todos los miembros del SNS del grupo familiar están exentos del impuesto de residencia, y en el que el ingreso total del jefe del hogar y de todos los miembros del SNS del hogar es inferior al monto prescrito.

*5: Deducible después del cuarto beneficio para un solo hogar que recibe tres o más beneficios por costos médicos mayores en los últimos doce meses.

*6: El término “año” corresponde al período entre agosto de un año dado y julio del año siguiente.

* Los límites de los importes de SNS y el Sistema de Asistencia Médica de Larga Vida se reducen a la mitad el mes en el que el individuo cumple 75 años de edad.

Puntos a tomar en cuenta para calcular los copagos

1. Los copagos se calculan mensualmente, desde el primer día hasta el último día de cada mes.
2. Los gastos adicionales relativos a camas no cubiertos por el seguro, los copagos estándar de gastos de alimentación hospitalaria y otros servicios no cubiertos por el SNS, no se cubren.
3. Los copagos se calculan para cada individuo en cada hospital o clínica.
4. Los copagos se calculan por separado para tratamientos ambulatorios y hospitalarios, tanto médico como dental, incluso en el mismo hospital o clínica.
5. El costo de los medicamentos preparados para recetas de pacientes externos se suma a los copagos.
6. Este cálculo aplica a las personas menores de 70 años cuyo copago con un proveedor de atención médica (que se maneja por separado para tratamiento hospitalario/ambulatorio y para tratamiento médico/dental) sea de 21,000 yenes o más.

☆ Para mayores informes, contacte la sección del SNS de las oficinas de su localidad.

2 Cuando se reciban tratamientos médicos de larga duración y alto costo

Los afiliados al SNS de cualquier edad que sufran de ciertos padecimientos que requieran tratamiento médico de larga duración y alto costo, pueden obtener una reducción de su deducible mensual a 10,000 yenes, si presentan el Certificado de Tratamiento de Enfermedad Designada, que los asegurados pueden solicitar les sea expedido por el sistema del SNS, para la oficina de cobranzas del hospital. Solamente son aplicables padecimientos designados por el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar (hemofilia, infecciones de VIH causadas por factores de coagulación sanguínea, y falla renal crónica que requiera diálisis).*

Sin embargo, para las personas menores de 70 años en la clasificación de ingresos A o B que requieren tratamiento de diálisis por insuficiencia renal crónica, el monto del copago mensual se limita a 20,000 yenes.

* Una vez que presente su solicitud y sea reconocido como portador de una Enfermedad Designada, si usted proporciona el consentimiento en un proveedor de atención médica equipado con un sistema en línea para verificar las calificaciones y utiliza su tarjeta de Seguro Médico de Número Individual, el deducible de copago para esa enfermedad se aplicará incluso si no presenta su certificado de tratamiento.

3 Si los copagos totales para un solo hogar SNS exceden el deducible

Incluso si el copago (de única vez) de una persona no puede considerarse un copago por costos médicos importantes, si la persona se somete a múltiples exámenes médicos u otros miembros del hogar de SNS se someten a exámenes médicos, los copagos individuales de cada mes (mes calendario) será totalizado. Si los copagos totales exceden el monto especificado, las personas podrán solicitar a la oficina de su ciudad o localidad que se les reembolse el monto que exceda su deducible (total del hogar).

* El total del hogar se aplica no solo cuando se combinan los pagos parciales de los miembros de la familia, sino también cuando se combinan los pagos parciales de una persona a varias instituciones médicas en el mismo mes.

• Importe total para personas físicas menores de 70 años

En un solo hogar de SNS, una persona que haga copagos de 21,000 yenes o más a un proveedor de atención médica dos o más veces en un mismo mes (para el mismo mes de facturación) puede solicitar a la oficina de su ciudad o localidad que se totalicen estos pagos, y reciben el monto en exceso de su deducible (total del hogar) (página 11).

• Importe total para personas de 70 años o más (sin incluir las personas cubiertas por el Sistema de Asistencia Médica de Larga Vida)

Los copagos por beneficios de atención médica y otros beneficios pagados dentro del mismo mes en el mismo hogar de SNS son sujetos de totalización. Las personas pueden presentar una solicitud en la oficina de su ciudad o localidad para que se totalicen dichos pagos y recibir el monto en exceso de su deducible (total del hogar) (página 12).

(1) El monto que excede el deducible se calcula aplicando el monto máximo del copago ambulatorio para personas de 70 años o más al monto total del copago ambulatorio de cada individuo.

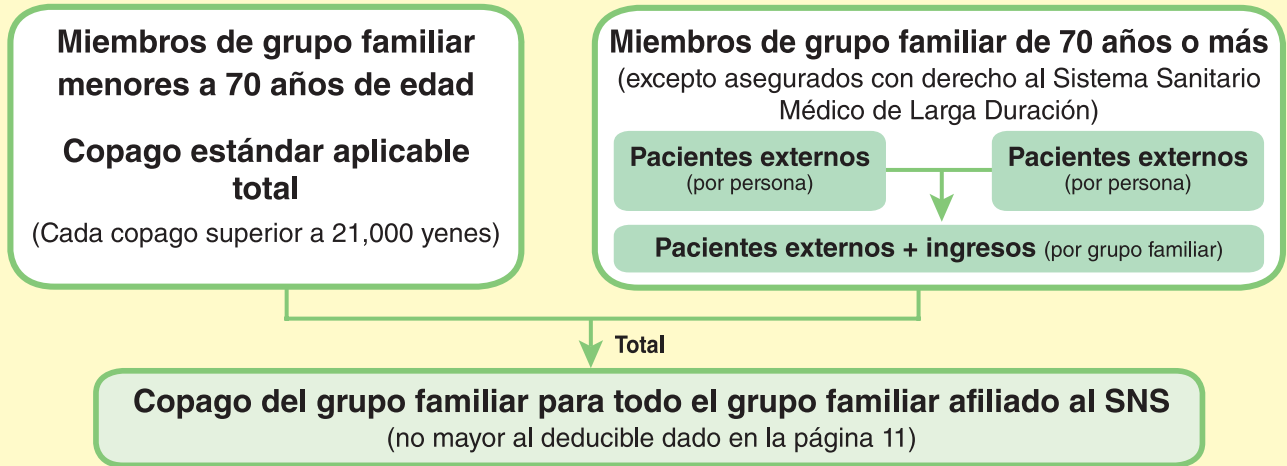
(2) El monto en exceso del deducible se calcula aplicando el monto del copago máximo del hogar para personas de 70 años o más al total del monto del copago por hospitalización y el monto del copago restante más allá del punto (1) anterior.

La cantidad total calculada en (1) y (2) arriba es la cantidad a pagar.



Usted puede totalizar sus copagos, aún si en su grupo familiar están incluidos miembros menores de 70 años de edad y miembros de 70 o más años (excepto asegurados con derecho al Sistema Sanitario Médico de Larga Duración).

Para totalizar sus copagos, si su grupo familiar incluye tanto miembros menores de 70 años de edad, como miembros de 70 años o más (excepto asegurados con derecho al Sistema Sanitario Médico de Larga Duración), calcule separadamente el total de copagos para miembros menores a 70 años y para miembros de 70 años o más. Primero sume los deducibles de cada paciente externo de 70 años de edad o mayor (vea la información sobre los deducibles de pacientes externos en la pág. 12), luego incluya los pacientes internos y aplique los deducibles de los miembros de 70 años de edad o mayores (Página 12 Deducible de pacientes externos + pacientes ingresados). Combine esta cifra con el copago estándar aplicable total para los miembros menores a 70 años del grupo familiar, y aplique el deducible para todo el grupo familiar (véase la información sobre deducibles en la pág. 11).



* Esta información puede cambiar según revisiones y leyes futuras.

Sistema de Copagos Combinados para Costes Asistenciales de Larga Duración y Médicos Importantes

Aún después de aplicar el copago deducible para los costos médicos y el copago deducible para los costos servicios de cuidados de larga duración, si el valor del copago (que es la suma de ambos seguros) sigue siendo alto, se aplican los deducibles de siguiente tabla. El deducible desde el 1 de agosto de cada año al 31 de julio del año siguiente se calcula como un pago global.

El sistema de copagos combinados para los costes médicos y asistenciales de larga duración está destinado a grupos familiares que tienen copagos tanto para el SNS como para el SCLD. Los costos de comida y vida y las sobretasas por cama no están incluidos en los totales del copago.

Todos los copagos están incluidos en los totales de copagos para afiliados al SNS con 70 años o más. Para los afiliados del SNS con 69 años o menos, sólo se incluyen en los totales de copagos los copagos de costes médicos mensuales de 21,000 yenes o más.

● Límites de importes combinados (Importes anuales: desde el 1 de agosto hasta el 31 de junio del siguiente año)

Afiliados al SNS menores a 70 años de edad		Afiliados al SNS de 70 años o más (excepto asegurados con derecho al Sistema Sanitario Médico de Larga Duración)		
Clasificación de ingresos (cláusulas antiguas)		Clasificación de ingresos		
Ingresos mayores a 9.01 millones de yenes	2,120,000 yenes	Monto de imposición de base: 6.9 millones de yenes o más	2,120,000 yenes	
Ingresos entre 6 y 9.01 millones de yenes	1,410,000 yenes	Monto de imposición de base: 3.8 millones de yenes o más	1,410,000 yenes	
Ingresos entre 2.1 y 6 millones de yenes	670,000 yenes	Monto de imposición de base: 1.45 millones de yenes o más	670,000 yenes	
Ingresos de 2.1 millones de yenes o menos	600,000 yenes	Afiliados generales 560,000 yenes		
Afiliados exentos del impuesto de residencia	340,000 yenes	Afiliados exentos del impuesto de residencia	Tipo II	310,000 yenes
			Tipo I	190,000 yenes

* Consulte las páginas 11 y 12 para obtener información sobre las clasificaciones de ingresos.

Sistema de Seguro de Cuidados de Larga Duración (Atención Prolongada)

Al cumplir los 40 años de edad, los afiliados al SNS son inscritos al Sistema de Seguro de Cuidados de Larga Duración (SCLD). Este sistema les proporciona a los asegurados, con necesidad reconocida de cuidados de larga duración o de atención geriátrica, los servicios de asistencia prolongada que requieran.

Los afiliados al SCLD se clasifican como asegurados de Tipo 1 o Tipo 2.

	Afiliados de 65 años o mayores (Afiliados del Tipo 1)	Afiliados de 40 a 64 años (Afiliados del Tipo 2)
Individuos elegibles	Afiliados de 65 años o mayores	Los afiliados del seguro de salud que tengan entre 40 y 64 años de edad, inscritos en sociedades de seguros de salud, Japan Health Insurance Association, Municipal National Health Insurance, etc. (La calificación es automática al cumplir 40 años, y la afiliación del Tipo 1 se aplica automáticamente al cumplir 65 años.)
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> • Que necesitan atención • Que necesitan asistencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Se limita a la necesidad de atención (asistencia) por enfermedades relacionadas con el envejecimiento (enfermedades específicas)
Cobro de la prima del seguro	<ul style="list-style-type: none"> • Cobrado por distritos (Generalmente deducido de la pensión) • Cobrable a partir del mes en el que el afiliado cumple 65 años 	<ul style="list-style-type: none"> • Cobrado junto con la prima del seguro de salud • Cobrable a partir del mes en el que el afiliado cumple 40 años

● Solicite el reconocimiento de la necesidad de cuidados de larga duración

Para recibir un servicio del SCLD, usted debe solicitar y obtener el reconocimiento de la necesidad de cuidados de larga duración (Certificado de Necesidad de Cuidados de Larga Duración). Usted podrá comenzar a recibir el servicio apropiado del SCLD que requiera, tan pronto su necesidad haya sido reconocida.

● Copago del 10%* por los costos de servicio (en principio)

Los afiliados al SNS deben realizar copagos del 10%* del coste de los servicios en el deducible.

(Los costos de vida, residencia y alimentos (centros SCLD, centros asistencia de corta duración, centros de día) y otros servicios que superan el deducible generalmente son abonados en su totalidad por el usuario.)

* La tarifa es del 20% para los individuos que ganen el ingreso prescrito o más. Para los individuos que cuentan con un copago de 20%, el copago se incrementará a 30% si gozan de ingresos excepcionalmente altos.

● Servicios SCLD

Los grados de necesidad de cuidados de larga duración se jerarquizan como se muestra abajo. Los afiliados pueden utilizar servicios de proveedores de asistencia local, de larga duración y preventiva de acuerdo con su nivel de necesidad.

☆ Para mayores informes, contacte la sección SCLD de las oficinas de su localidad.

Servicios de Bienestar para Discapacidades

La Ley de apoyo para personas con discapacidades se creó con el fin de normalizar el sistema en el que los discapacitados utilizan los servicios de bienestar para discapacitados y para fomentar este sistema. También tiene como objetivo garantizar que las personas discapacitadas puedan acceder a los servicios que necesitan, independientemente de su discapacidad.

● Es necesario solicitar y recibir un certificado del tipo de discapacidad

Los posibles usuarios de los servicios de bienestar por incapacidad deben enviar una solicitud. Después de realizar la solicitud, se debe certificar la clasificación de la incapacidad antes de tomar una decisión con respecto a si se proporcionarán servicios. (Según el tipo de servicio, puede no requerirse el certificado del tipo de discapacidad).

● Servicios principales

Servicios asistenciales de larga duración	asistencia domiciliaria, visitas a personas con graves discapacidades
Provisión de formación y otros servicios	asistencia para la formación laboral, hogares de grupo, etc.
Uso de instalaciones para niños con discapacidad.....	Los cuidadores de niños discapacitados pueden solicitar una solicitud de beneficio en la oficina correspondiente.* ¹ Cuando se otorgue el permiso, los cuidadores firmarán un contrato con el centro.

*1: la ciudad o condado funciona como oficina de aplicaciones para instalaciones para niños con discapacidad. Los centros de consultoría familiar funcionan como oficinas de admisiones para niños con discapacidades.

● Costes del servicio

Los costos de servicio deberán estar determinados según la cantidad de servicios utilizados, pero deberán tenerse en consideración para asignar una carga que corresponda a factores como el ingreso del usuario. Es decir que la carga deberá asignarse según la capacidad de pago del usuario.



☆ Para obtener más detalles, póngase en contacto con la oficina de beneficencia para discapacitados de su ciudad o distrito.

Sistema de Asistencia Médica de Larga Duración

Los afiliados con 75 años o más (y los afiliados que aún no tienen 75 años entrarán en esta categoría el día de su cumpleaños número 75) o los afiliados entre 65 y 74 con determinadas discapacidades (en este caso, se requiere una solicitud) recibirán asistencia médica bajo el Sistema de Asistencia Médica de Larga Duración (el Sistema de Seguro de Salud para Personas de la Tercera Edad). Sin embargo, los afiliados entre 65 y 74 años que tengan determinada discapacidad y cuyas solicitudes para estar cubiertos por el Sistema de Asistencia Médica de Larga Duración (el Sistema de Seguro de Salud para Personas de la Tercera Edad) hayan sido aprobadas también pueden elegir no usar este sistema al retirar su solicitud de reconocimiento de discapacidad. (Estos afiliados pueden elegir el sistema de asistencia de salud, pero no pueden cambiar su selección una vez asignada).

● Cuerpo operativo principal

Oficina Regional de la Prefectura de Shiga para la Asistencia Médica a Personas de la Tercera Edad (el cobro de primas y el trabajo administrativo son realizados por su localidad).

● Primas

Todos los miembros de SNS deben pagar primas, lo cual incluye a los miembros del hogar (dependientes) que no hayan pagado primas anteriormente.



Cuando una persona que se ha afiliado a un seguro de salud a través de un lugar de trabajo se transfiere al Sistema de Asistencia Médica de Larga Vida, las personas que eran dependientes de esa persona (personas menores de 75) también pierden su calificación de seguro médico y, por lo tanto, deben completar el procedimiento para inscribirse a SNS u otro seguro médico.

Lesiones por Accidentes de Tránsito y Otros Incidentes

● Presente siempre la documentación requerida

Si utiliza su credencial del SNS para recibir tratamiento médico, después de haber sido lesionado en un accidente de tránsito u otro incidente, en el cual la otra parte es culpable, usted deberá levantar un reporte policiaco inmediatamente, y presentar al mismo tiempo el formulario correspondiente en la sección del SNS de la oficina de su localidad.

● La parte culpable paga los gastos médicos

Siempre que usted no haya sido negligente, la parte culpable tendrá que pagar sus gastos médicos. Si recibe tratamiento bajo el SNS, el SNS le adelantará los gastos médicos que la parte culpable tendrá que pagar.

Procedimiento de la solicitud

- ① **Levante un reporte policiaco.**
Si sufre un accidente de tráfico, presente una denuncia con la policía de inmediato.
- ② **Presente el formulario requerido ante la sección SNS de las oficinas de su localidad.**
Presente el Formulario de Incapacidad Causado por Terceros.

Documentos necesarios para completar los formularios

- ◆ Formulario de Incapacidad Causado por Terceros.
- ◆ Informe de estado de ocurrencia de accidentes
- ◆ Consentimiento por escrito
- ◆ Certificado de Accidente
- ◆ Cualquier otro documento necesario

Usted podrá presentar una versión preliminar del formulario, incluso si aún no tiene lista toda la documentación.



◎ **Asesórese antes de llegar a un acuerdo extrajudicial**

Si llega a un acuerdo extrajudicial, es posible que ya no pueda hacer uso del SNS, p. ej., al aceptar los gastos médicos directamente de la parte culpable. Antes de llegar a un acuerdo extrajudicial, asegúrese de buscar asesoramiento en la sección SNS de las oficinas de su localidad.

Se sentirá renovado en cuerpo y alma. ¡Vamos a un complejo termal!

El uso de complejos termales para mejorar la salud ha recibido mucha atención últimamente. El entorno natural, el aire limpio y el efecto de termas calman y relajan la mente y el cuerpo del participante. Se conoce que las aguas termales resultan eficaces para mejorar la salud. Por esto se dice que las aguas termales son eficaces para mejorar la salud.

A través de la calidez del agua, las interacciones con la naturaleza, otras personas y culturas se proporciona una agradable estimulación de la mente y del cuerpo. ¿Por qué no intenta probar con un complejo de aguas termales para mejorar su salud?



* La conferencia de aseguradores de la Prefectura de Shiga ha resuelto que los miembros del SNS de la Prefectura de Shiga sean elegibles para obtener descuentos especiales en complejos termales. Para obtener más detalles consulte el folleto "Tour termal" (Hot Spring Tour) disponible en su oficina del SNS y en el sitio web de la organización del Seguro Nacional de Salud (en japonés: <https://www.shigakokuho.or.jp/>).

Reciba un examen médico especializado y consejos médicos especializados.

Se están realizando exámenes médicos especializados y consejos médicos enfocados en la prevención del síndrome metabólico y otras enfermedades relacionadas con el estilo de vida. Asegúrese de recibir por lo menos un examen médico por año para revisar periódicamente su salud y mejorar su estilo de vida.

Los puntos principales son los siguientes:

① Pueden participar todos los miembros del SNS entre la edad de 40 y 74 años.

Cualquier persona entre 40 y 74 años puede participar de los exámenes médicos especializados.

Cómo recibir el examen médico

Después de recibir una tarjeta de examen médico y una explicación del Sistema de Seguro Nacional de Salud de Japón, lleve consigo la tarjeta de examen médico y su tarjeta del SNS al lugar del proveedor de salud o examen médico grupal donde realizará su examen especializado. Antes de realizar el examen médico, confirme el horario y, en caso de ser necesario, reserve el día y la hora.

② Junto con algunos elementos adicionales, los puntos examinados se concentran en el síndrome metabólico.

Mediante análisis para ver su nivel de colesterol y azúcar en la sangre, medir la circunferencia de su abdomen y revisar otros aspectos, el examen tiene el propósito de identificar a las personas que se vean afectadas por el síndrome metabólico y aquellas para las cuales se pueden prevenir las enfermedades relacionadas con el estilo de vida. Además, también se agregan los análisis de elementos como el ácido úrico, la creatinina sérica y la sangre oculta en orina al examen para aumentar las áreas cubiertas.

③ Hay estudios simultáneos para enfermedades como el cáncer.

Existen lugares donde puede realizarse estudios para diagnosticar enfermedades como cáncer de forma simultáneas con el estudio especializado. Siéntase libre de usar estos lugares.

④ Se le proporcionarán consejos médicos según los resultados de sus estudios.

Todos los individuos que realizan los estudios especializados pueden recibir los resultados de sus estudios e información acerca de cómo llevar una vida saludable. Además, puede recibir asistencia (consejos médicos especializados), adaptada a los resultados de sus estudios y a su situación médica personal, para mejorar su estilo de vida. Sienta la libertad de aprovechar esta asistencia. Le recomendamos que aproveche de forma proactiva este servicio para mantener su salud.



Una característica principal de estas enfermedades relacionadas con el estilo de vida es que progresarán sin síntomas. Puede entender su propio cuerpo al recibir un examen. Aún si tiene buena salud y está ocupado, intente realizarse el examen una vez por año.

☆ Para obtener más detalles, póngase en contacto con la oficina de exámenes en su ciudad o localidad.

Para los miembros que poseen la tarjeta de Número Individual

Puede ver la información de los resultados de su examen desde Mynportal. Consulte el sitio web del Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar Social (<https://www.mhlw.go.jp/english/>) para obtener detalles acerca de cómo ver esta información.



Para los individuos que no se realizan estudios especializados

¡No se olvide de proporcionarnos su información de examen médico!

① Individuos que reciben periódicamente exámenes médicos en un proveedor de servicios de salud

Entre estos individuos que reciben tratamientos médicos por enfermedades relacionadas con el estilo de vida, muchos individuos dicen que no realizarán un examen médico porque ya están recibiendo medicación. Sin embargo, los exámenes médicos especializados también se aplican a los individuos que están recibiendo tratamiento médico en un proveedor de servicios de salud. Si nos proporciona la información de los resultados de los estudios que realizó con su proveedor de servicios de salud es lo mismo que haber recibido el examen especializado.

[Individuos elegibles]

Los individuos elegibles para los exámenes especializados y que están recibiendo tratamiento en un proveedor de servicios de salud (un proveedor que realice los estudios especializados) para una enfermedad crónica.

[Cómo proporcionar su información]

Lleve su tarjeta de examen especializado y su tarjeta de SNS a su proveedor de salud personal, y proporcione su información del examen.

Las mejoras en el estilo de vida son necesarias aún para individuos que están recibiendo tratamiento médico.

② Los individuos que reciben otros exámenes médicos (exámenes médicos para emprendedores)

Para las personas que reciben exámenes médicos para empresarios llevadas a cabo por organizaciones tales como asociaciones comerciales e industriales y cámaras de comercio e industria dentro de la prefectura, la persona que nos proporciona los resultados de este examen es equivalente a la persona que recibió el examen especializado.

(1) Individuos que reciben exámenes médicos para emprendedores realizados por asociaciones industriales y comerciales y cámaras de comercio e industria dentro de la prefectura

[Cómo proporcionar su información]

Cuando recibe el examen médico para emprendedores, tome la tarjeta de examen médico que envió el afiliado del SNS al lugar del examen médico y presente allí esta tarjeta.

(2) Individuos que reciben exámenes médicos para emprendedores en otras condiciones diferentes a las de (1) e individuos que reciben otros exámenes médicos

[Cómo proporcionar su información]

Presente los resultados de su examen médico en la oficina de exámenes médicos.

* No hay costos asociados con la presentación de la información detallada en (1) y (2).

☆ Para obtener más detalles, póngase en contacto con la oficina de exámenes en su ciudad o localidad.

Hay un sistema disponible para ayudar con los costos de las revisiones médicas. Para obtener más información, póngase en contacto con la oficina de su localidad o ciudad.

Usemos medicamentos genéricos.



Los medicamentos genéricos (drogas de venta libre)

hacen referencia a los medicamentos económicos que se producen y venden cuando caduca su patente de medicamento nuevo (medicamento de avanzada). Los medicamentos genéricos son reconocidos como equivalentes de los nuevos medicamentos por el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar Social. El uso de medicamentos genéricos puede ayudar a reducir los costos de sus medicamentos.

Q ¿Existen diferentes tipos de medicamentos genéricos?

A Los medicamentos genéricos pueden usarse para contrarrestar una gran variedad de enfermedades y síntomas. También vienen en una variedad de formatos, como cápsulas, píldoras y gotas para ojos.

Q ¿Qué tan caros son los medicamentos genéricos?

A Existe un gran costo asociado con el desarrollo de medicamentos de avanzada, pero los medicamentos genéricos, que tienen un período de desarrollo mucho más corto, es siempre más económico que el de los medicamentos de avanzadas.

Q ¿Cómo puedo cambiar a usar medicamentos genéricos?

A Dígale al médico que le receta su medicación o al farmacéutico que le prepara su medicación: "Deseo cambiar a medicamentos genéricos".

* Los medicamentos genéricos no están disponibles para toda la medicación nueva (de avanzada). Dependiendo de las condiciones de suministro, algunos artículos podrían estar agotados.

* Su médico puede decidir no recetarle medicamentos genéricos.

Nota

Realizamos notificaciones relacionadas con los medicamentos genéricos dos veces por año.

● ¿Cuál es la notificación con respecto a los medicamentos genéricos?

Esta es una notificación acerca de cómo puede reducir sus costos de medicamentos al cambiar de la medicación nueva que está tomando a medicamentos genéricos.

● ¿Por qué comenzó a dar estas notificaciones?

Comenzamos a realizar estas notificaciones para reducir la carga de los costos de los medicamentos en los hogares, además de para mejorar las finanzas del SNS.

Nota

No todos los individuos recibirán la notificación con respecto a los medicamentos genéricos. (Por ejemplo, estamos realizando esta notificación a individuos que han recibido tratamientos médicos por enfermedades relacionadas con el estilo de vida, como presión alta, diabetes e hiperlipidemia, y que están recibiendo medicamentos por receta en las farmacias.)

- Deberá pagar una tarifa especial si solicita un medicamento de última generación cuando hay un medicamento genérico disponible.
- Aproveche esta oportunidad para utilizar activamente medicamentos genéricos.

Declare su intención con respecto a la donación de órganos.

Declare sus intenciones con respecto a la donación de órganos al escribirlas en el campo designado a tal fin a continuación. Declare sus intenciones con respecto a la donación de órganos.

* La decisión de indicar las intenciones con respecto a la donación de órganos es propia del afiliado del SNS. No es necesario que escriba sus intenciones en el campo asignado a tal fin.

Cómo escribir sus intenciones (Ejemplo del anverso de una tarjeta de Número Individual)

氏名 ○○ ○○
住所 ○○県○○市○○町○丁目○番地
個人番号
カード
平成 ○年 ○月 ○日 生 令和 ○年 ○月 ○日 まで有効
○○長 電子証明書の有効期限 年 月 日
●臓器提供意思【1 脳死後及び心停止した死後/2 心臓停止した死後のみ/3 提供せず】
【1・2で提供したくない臓器があれば×】【心臓・肺・肝臓・腎臓・脾臓・小腸・眼球】
署名年月日 年 月 日 署名
【特記欄：】

* También hay un espacio para declarar su intención de donar órganos en el reverso del Certificado de confirmación de elegibilidad.

1 Declaración de sus intenciones

Dibuje un círculo alrededor del número que se ajusta a sus intenciones.

- Dibuje un círculo alrededor del 1 si desea donar sus órganos después de ser declarado con muerte cerebral o de morir por un ataque cardíaco.
- Dibuje un círculo alrededor del 2 si no desea donar sus órganos en caso de muerte cerebral, pero si desea donar los órganos en caso de paro cardíaco. (En esta situación, por ley, no se realizará ningún juicio acerca de si sufrió o no muerte cerebral).
- Dibuje un círculo alrededor del 3 si no desea donar sus órganos. [A 4]

2 Selección de los órganos que no desea donar

Si dibujó un círculo alrededor del 1 o 2, dibuje una x junto a cada órgano que no desea donar.

A continuación encontrará los órganos que pueden donarse se muestran.

Después de la muerte cerebral : corazón, pulmones, hígado, riñón, páncreas, intestino delgado y globo ocular

Después de la muerte por paro cardíaco : riñón, páncreas y globo ocular

3 Si escribe información en el campo de comentarios especiales

● Donación de tejidos

Si dibujó un círculo alrededor de 1 o 2 y desea donar la piel, la válvula cardíaca, vasos sanguíneos, huesos y otros tejidos, escriba "Todo" o el tejido específico, como "Piel", "Válvula cardíaca", "Vaso sanguíneo" o "Huesos".

● Intención de dar prioridad de donaciones a parientes

Si desea indicar su intención de dar prioridad de sus donaciones a sus parientes, lea con cuidado lo siguiente y luego escriba "Prioridad de donaciones a parientes".

Situaciones en las que se le da prioridad de donaciones a los parientes

Deben cumplirse las siguientes condiciones.

- El individuo (mayor de 15 años) indicó su intención de donar sus órganos y proporcionó una intención por escrito de dar prioridad de donación a sus parientes.
- En caso de donar los órganos, el pariente (cónyuge, *1 hijo, *2 o pariente*2) se ha registrado para ser un receptor de trasplantes de órganos.
- Se cumplen las condiciones médicas (condiciones de compatibilidad).

*1: El otro individuo en su registro matrimonial. No se incluyen las parejas de hecho.

*2: Además de las relaciones genéticas de padre-hijo, esto incluye las relaciones entre padres adoptivos e hijos adoptados.

Puntos de preocupación con respecto a la prioridad de las donaciones a parientes

Si, debido a condiciones médicas, no se puede encontrar un pariente para quien se pueda usar el órgano, el órgano será donado a un individuo que no es pariente del donante.

Si especifica por nombre (por escrito) un pariente a quien le desea dar prioridad para la donación de órganos, entre todos sus parientes, este recibirá prioridad en su donación.

Si limita los individuos a los que desea donar los órganos al nombrar específicamente a una sola persona quien desee sea quien reciba los órganos, sus órganos no serán donados a nadie más, incluso parientes.

No se otorgará prioridad a la donación de órganos para parientes cuando el donante muere por suicidio. Esto es para prevenir incidentes de suicidios realizados para que un pariente reciba los órganos del individuo muerto.

4 Firma y otra información

Estampe su firma de puño y letra y escriba la fecha en que firmó.

Si declara su intención de donar órganos, comparta esa decisión con su familia.



Hearty, la mascota ángel de la campaña del lazo verde

■ Consultas relativas a la donación de órganos Red de trasplantes de órganos de Japón

Teléfono: 0120-78-1069 (de 9:00 a 17:30 los días de la semana)

Sitio web: <https://www.jotnw.or.jp/english/index.html>