



O sistema de seguro de assistência médica do Japão foi criado com intuito de diminuir as despesas médicas em casos de doenças e ferimentos. Todos os residentes no Japão, independente da nacionalidade, devem se inscrever. Existem dois tipos: o Seguro de Saúde (*kenkō hoken*), para as pessoas que trabalham em empresas, fábricas, etc, e seus familiares dependentes, e o Seguro Nacional de Saúde (*kokumin kenkō hoken*), voltado às pessoas que não possuem outros tipos de seguros, etc. Após a inscrição, é emitida a carteira de segurado. Em caso de doenças ou ferimentos, apresentando a carteira de seguro na instituição médica conveniada, o segurado poderá receber o tratamento necessário arcando apenas com uma parte das despesas médicas.

Seguro de saúde (*kenkō hoken*)

Todos os trabalhadores que exercem o serviço regularmente nas empresas e organizações que se aplicam o seguro de saúde, devem inscrever, independente da nacionalidade. Os trâmites necessários para a inscrição devem ser providenciados pela empresa.

1 Taxa do seguro

O valor do seguro é determinado conforme o salário, e é pago em partes iguais entre o empregador e o trabalhador, ou seja, 50% cada um. O empregador desconta a taxa do seguro do salário do trabalhador.

2 Benefícios

● Despesas médicas (*iryō hi*) e outras despesas

Para o segurado e seus familiares dependentes de até 69 anos de idade, o seguro cobre 70% das despesas de tratamentos médicos (80% no caso de crianças com idade anterior ao ingresso na escola primária). Caso o segurado ou familiares dependentes tenham entre 70 a 74 anos de idade (exceto as pessoas que se transferiram para o Sistema de Assistência Médica aos Idosos (*kōki kōreisha iryō seido*)), o seguro cobre 80% (em alguns casos 90%), mas caso tenha renda equivalente a trabalhadores ativos, 70%. Uma parte das despesas de assistência domiciliar e alimentação durante a internação também são cobertas pelo seguro.



● Despesas de tratamento médico (*ryōyō hi*)

Caso o segurado pague o valor total das despesas médicas, por exemplo em casos de ser atendido em instituições médicas não conveniadas ou fazer tratamento médico no exterior por motivos de força maior, e o segurador aprove o fato, uma parte dessas despesas poderá ser reembolsada posteriormente.

● Despesas médicas elevadas (*kōgaku ryōyō hi*)

Quando a despesa médica ultrapassar o valor limite da parte a ser arcada pelo segurado dentro de um mês, este valor excedente será reembolsado através da solicitação.

Pessoas de até 69 anos de idade ao entregar o Certificado de Aprovação do Limite de Despesas (*gendo gaku tekiyō ninteishō*) junto com a carteira de seguro de saúde no balcão do hospital, a cada período de um mês (do dia 1º até o último dia do mês) a pessoa pagará apenas o limite de custo.

● Subsídio por ferimentos e doenças (*shōbyō teatekin*)

Caso seja necessário o segurado repousar por motivo de doenças ou ferimentos fora do trabalho por 3 dias consecutivos e não houver remuneração, será pago o subsídio de (o valor médio de salário obtido nos 12 meses anteriores) ÷ 30 dias x 2/3. (no período máximo de 1 ano e 6 meses).



● Subsídio pelo parto e criação de filhos (*shussan ikuji ichijikin*)

Subsídio pelo parto no valor de 420 mil ienes por cada criança (em caso de partos realizados nas instituições médicas não associadas ao Sistema de Compensação Obstétrica (*sanka iryō hoshō seido*), o valor é de 40.4 mil ienes).

● Subsídio pela licença maternidade (*shussan teatekin*)

Quando a segurada se ausentar no trabalho por motivo do parto e não houver remuneração, poderá receber a licença maternidade de (o valor médio de salário obtido nos 12 meses anteriores) ÷ 30 dias x 2/3 dentro do período máximo de 42 dias antes e 56 dias após o parto.



● Despesas de funeral (*maisō ryō / maisō hi*)

Em caso de falecimento do segurado ou dos dependentes, será pago o valor de 50 mil ienes.

3 Exame preventivo

● Para os funcionários: Pessoas com idade entre 35 e 74, podem fazer o exame preventivo de doenças associadas ao estilo de vida (com ajuda de custo)

● Para os familiares dependentes: Pessoas com idade entre 40 e 74, podem fazer o exame médico específico (com ajuda de custo)

日本の医療保険制度



日本の医療保険制度は、病気やけがをしたときの医療費負担を軽減する目的で設けられています。日本に住む人は、国籍を問わず公的医療保険に加入しなければなりません。医療保険には、会社や事業所に勤める人および扶養家族が加入する健康保険と、それ以外の人を対象とする国民健康保険があります。加入すると被保険者証が交付され、病気などになったとき保険医療機関の窓口で提示すれば費用の一部を支払うだけで必要な治療が受けられます。

健康保険

健康保険の適用事業所で常時働く人であれば、国籍にかかわらず加入します。なお、手続きは事業主が行います。

1 保険料

給料の額に応じて決められ、事業主と加入者が50%ずつ負担します。事業主は加入者の給料から保険料を控除します。

2 給付内容

● 医療費等

7歳未満の本人・家族が保険医療機関にかかった場合は、医療費の7割(義務教育就学前までの子どもの7割の場合は8割)が保険から支払われます。70歳以上75歳未満の本人・家族(後期高齢者医療制度に移行された人を除く)の場合は8割(一部9割)、現役並み所得者は7割が保険から支払われます。その他、入院時の食事療養費の一部、訪問看護に要する費用の一部なども支給されます。



● 療養費

やむを得ず保険医療機関以外で診療を受けたときや、日本国外で医療を受けたときなど医療費の全額を負担した場合は保険者が承認すれば、一定部分が払い戻されます。

● 高額療養費

1か月の自己負担額が一定額を超えたとき、請求により超えた分が払い戻されます。また、70歳未満の人が「限度額適用認定証」を保険証と併せて医療機関等の窓口で提示すると、1か月(1日から月末まで)の窓口での支払いが自己負担限度額までとなります。

● 傷病手当金

加入者本人が業務外の病気やけがのため仕事を連続する3日間を含め4日以上休んで給料を受けられないときは、4日目から欠勤1日につき(支給開始日以前12か月間の各標準報酬月額を平均した額)÷30日×3分の2が受けられます。(最長1年6か月)



● 出産育児一時金

子どもが産まれたときに支給されます。支給額は、1児ごとに42万円(「産科医療補償制度」に加入していない医療機関で出産した場合は40.4万円)です。

● 出産手当金

加入者本人が出産のため仕事を休み、給料を受けられないときは、出産日以前42日から出産日後56日までの範囲内で欠勤1日につき(支給開始日以前12か月間の各標準報酬月額を平均した額)÷30日×3分の2が受けられます。



● 埋葬料(費)

加入者本人が死亡したとき、または被扶養者が死亡したときは、5万円が支給されます。(埋葬費の場合は、5万円の範囲内で実際に埋葬に要した費用を支給)

3 健診

- 従業員様向け：35-74歳であれば、生活習慣病予防健診が受けられます。(補助あり)
- 扶養家族向け：40-74歳であれば、特定健診が受けられます。(補助あり)

裏面には、下記言語で同一内容を記載しています。

ポルトガル語

協力：公益財団法人愛知県国際交流協会

