

健康管理支援一時金支給申請書（本人・法定代理人申請用）

令和 年 月 日

三井金属鉱業株式会社 御中

申請者 住民票上の住所 _____
 実際に住んでいる所 _____
 連絡先電話番号 _____
 氏名 _____ 印 性別 _____
 生年月日 _____ 年 月 日 年齢 _____ 歳

法定代理人 住民票上の住所 _____
 実際に住んでいる所 _____
 連絡先電話番号 _____
 代理権（成年後見、保佐、補助、任意後見）
 氏名 _____ 印

私は、貴社に対し、必要資料を添付の上、健康管理支援一時金の支給を申請します。

貴社において、一時金の支給が認められた場合は、以下の私の金融機関口座に一時金を振り込んで下さい。

金融機関名		※(銀行・信用金庫・農協・その他())	
支店名		※ 該当するものに○印をつけてください。	
口座種別※	(普通 ・ 当座)		
口座番号			
口座名義人		フリガナ	

以上

添付資料

- ・腎臓病、糖尿病、高血圧等の既往歴に関する申告書
- ・申請者の一次検診結果通知票
- ・（一次健診結果通知票が提出できない場合）公的医療機関における申請者の尿中β2-ミクログロブリン検査の結果を示す資料
- ・（法定代理人による申請の場合）法定代理権の存在を証明する資料（登記事項証明書）

※取得いたしました個人情報、取得目的の範囲内で利用し、それ以外の目的には利用いたしません。

健康管理支援一時金支給申請書（相続人代表者用）

令和 年 月 日

三井金属鉱業株式会社 御中

申請者（相続人代表者）

住所 _____

連絡先電話番号 _____

氏名 _____ 印

被相続人 住民票上の

住所 _____

氏名 _____ 性別 _____

生年月日 _____ 年 月 日

死亡年月日 _____ 年 月 日 死亡時年齢 _____ 歳

私は、貴社に対し、必要資料を添付の上、健康管理支援一時金の支給を申請します。

貴社において、一時金の支給が認められた場合は、以下の私の金融機関口座に一時金を振り込んで下さい。

金融機関名		※（銀行・信用金庫・農協・その他（ ））	
支店名			
口座種別※	（普通・当座）	※ 該当するものに○印をつけてください。	
口座番号			
口座名義人		フリガナ	

以上

添付資料

- ・腎臓病、糖尿病、高血圧等の既往歴に関する申告書
- ・被相続人の一次検診結果通知票
- ・（一次健診結果通知票が提出できない場合）公的医療機関における申請者の尿中β2-ミクログロブリン検査の結果を示す資料
- ・相続関係説明図
- ・申請者となる相続人代表に対して一時金の申請及びその全額を受領の権限を委ねる旨の、相続人全員の同意書及び印鑑登録証明書
- ・被相続人の出生から死亡までの連続した戸籍謄本（除籍謄本、改製原戸籍謄本を含む。以下同じ。）
- ・ i）相続人が（配偶者と）子又は親の場合：被相続人の出生から死亡までの連続した戸籍謄本
- ・ ii）相続人が（配偶者と）兄弟姉妹の場合：i）のほかに、被相続人の父母の出生から死亡までの連続した戸籍謄本
- ・ iii）相続人のうちに代襲者が含まれる場合：i）、ii）のほかに、被代襲者の出生から死亡までの連続した戸籍謄本
- ・ 相続人全員の現在の戸籍謄本（申請日から3か月以内の発行のものに限る）
- ・ 相続人全員の住民票（申請日から3か月以内の発行のものに限る）
- ・ その他確認会議が求める資料

※取得いたしました個人情報、取得目的の範囲内で利用し、それ以外の目的には利用いたしません。

腎臓病、糖尿病、高血圧等の既往歴に関する申告書

令和 年 月 日

三井金属鉱業株式会社 御中

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

電話番号 _____

神通川流域住民健康管理支援制度による健康管理支援一時金申請にあたり、これまで医療機関において診断された、腎臓病、糖尿病、高血圧等腎機能に影響のある病気について次のとおり申告いたします。

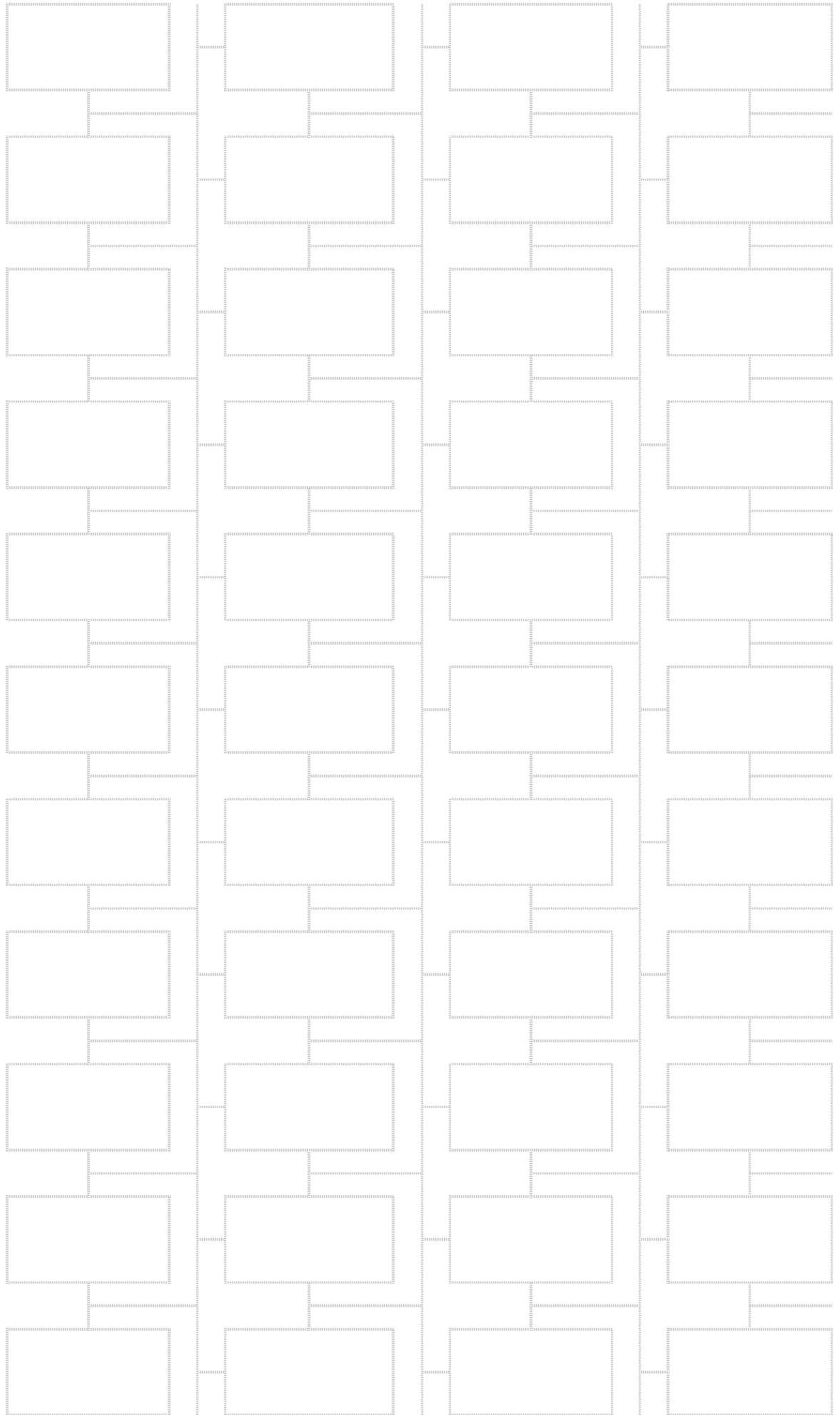
	医療機関で腎臓病、糖尿病、高血圧等の診断を受けたことの有無	ある ・ ない
1	(1) 医療機関で診断された病名	
	(2) 診断された時期	年 月
	(3) 現在の状況(いずれかに○をしてください)	完治 ・ 治療中 ・ 未治療
2	(2) 医療機関で診断された病名	
	(3) 診断された時期	年 月
	(4) 現在の状況(いずれかに○をしてください)	完治 ・ 治療中 ・ 未治療
3	(3) 医療機関で診断された病名	
	(4) 診断された時期	年 月
	(5) 現在の状況(いずれかに○をしてください)	完治 ・ 治療中 ・ 未治療
4	(4) 医療機関で診断された病名	
	(5) 診断された時期	年 月
	(6) 現在の状況(いずれかに○をしてください)	完治 ・ 治療中 ・ 未治療

過去の住民健康調査の結果					
(1) 受診した年 (西暦)	年	年	年	年	年
(2) 尿中β2-MGの検査結果の数値 (単位: mg/gCr)					

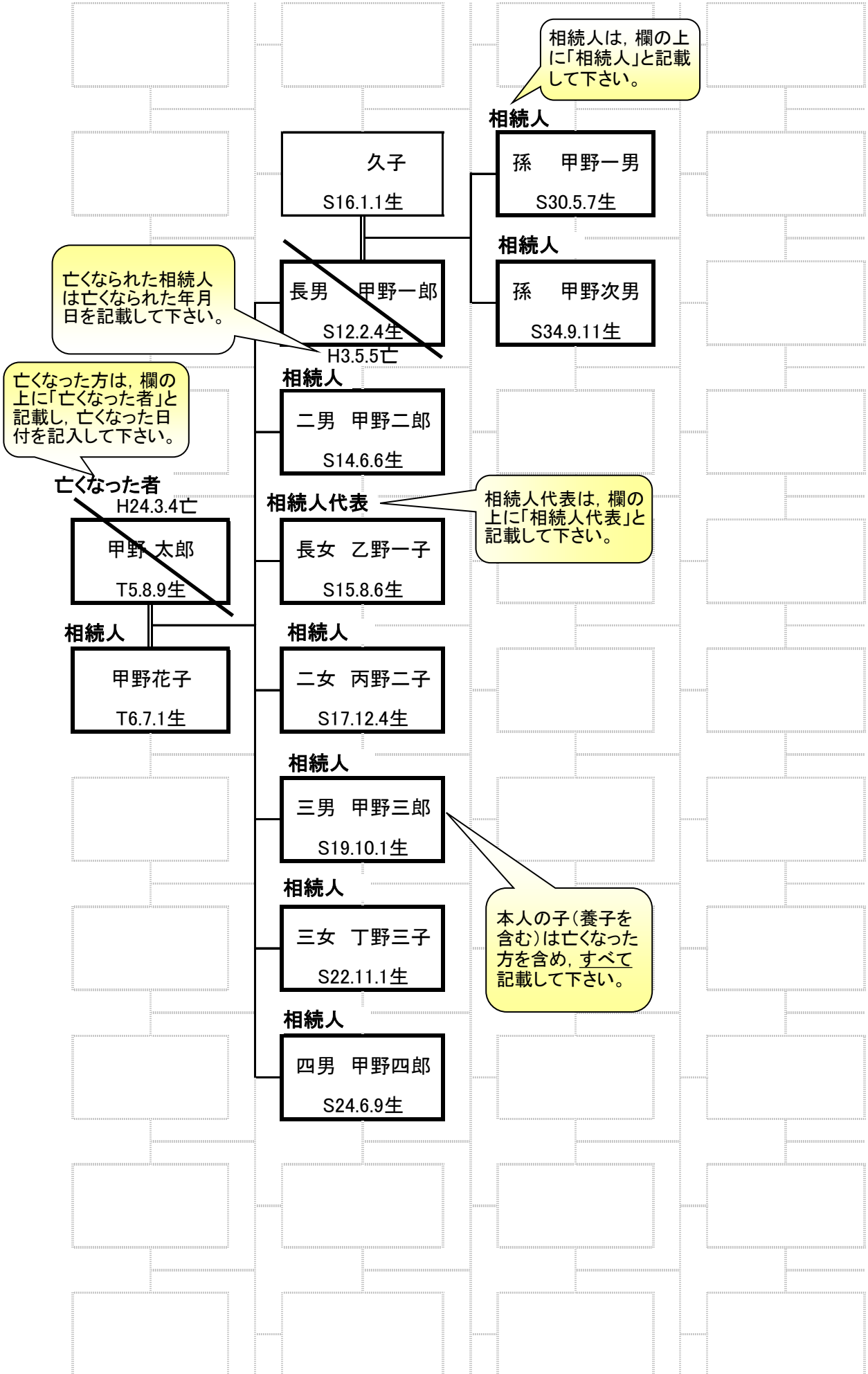
注) 記載内容について、後日お問い合わせする場合がございます。

以上

相続関係説明図



相続関係説明図(記入例)



相続人代表指定届（一時金申請用）

令和 年 月 日

三井金属鉱業株式会社 御中

相続人 氏名（自署）.....実印

氏名（自署）.....実印

氏名（自署）.....実印

氏名（自署）.....実印

氏名（自署）.....実印

氏名（自署）.....実印

※法定代理人による場合は、その旨添書きすること

今回、下記の者を相続人代表として指定し、貴社と神通川流域カドミウム被害団体連絡協議会との間で取り交わした神通川流域住民健康管理支援制度に関する協定書に基づく健康管理支援一時金の申請及び受領にかかる権限を委任しましたので、下記のとおり届け出ます。

なお、下記被相続人の相続人は私たちだけであり、他に相続人はいないことを証明します。

記

相続人代表 氏名
住所
亡くなった方との続柄

亡くなった方 氏名
死亡時の住所
死亡年月日

相続人 氏名
住所
亡くなった方との続柄

相続人 氏名
住所
亡くなった方との続柄

相続人 氏名
住所
亡くなった方との続柄

相続人 氏名
住所
亡くなった方との続柄

相続人 氏名
住所
亡くなった方との続柄

相続人 氏名
住所
亡くなった方との続柄

※法定代理人による場合は、以下に①相続人の氏名②法定代理人の住民票上の住所および実際に住んでいる住所、連絡先電話番号を記載し、法定代理権の存在を証明する資料を添付すること。

以上