

相 続 人 届

令和 年 月 日

宇治市長 宛て

代 表 相 続 人	住 所	〒 ー	
	フリガナ		被相続人との 続 柄
	氏 名		被相続人の
	電話番号	ー ー	

私は、下記の被保険者（被相続人）の相続人を代表し、後期高齢者医療制度に関する保険料の納付・還付又は療養費等の給付に関する書類（葬祭費支給関係を除く。）の受領並びに保険料還付金に係る請求及び受領の代表者として本届出を提出します。

なお、受領した保険料還付金は相続財産として適切に取り扱うとともに、後期高齢者医療制度に関する事項について相続人間で争い等があった場合は、私（代表相続人）が対応し、相続人間で解決することを誓約します。

被 保 険 者 （ 被 相 続 人 ）	住 所	<input type="checkbox"/> 代表相続人と同じ	
	氏 名		
	生年月日	明・大・昭	年

※ 下記の欄は記入しないでください

被保険者番号	資格喪失日	MCWEL		広域	
		入力	チェック	入力	チェック