

相 続 人 届

令和 年 月 日

宇治市長 宛て

ポストへの投函日
又は
宇治市役所窓口届出日を
記入してください

代表 相 続 人	住 所	〒000-0000 00市00町00-00	
	フリガナ	コウイキ ハナコ	被相続人との 続 柄
	氏 名	広城 花子	被相続人の 妻
	電話番号	0000 - 00 - 0000	

相続人を代表して、
書類等を受け取られる方の、
郵便番号、住所、氏名、
続柄、電話番号を
記入してください

被相続人（被相続人）の相続人を代表し、後期高齢者医療制
度に関する書類（葬祭費支
給・還付又は療養費等の給付に関する書類（葬祭費支
給を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

て申請書を提出します。

なお、受領した保険料還付金は相続財産として
後期高齢者医療制度に関する事項について相続人
私（代表相続人）が対応し、相続人間で解決する

亡くなられた方（被保険者）の、
住所（代表相続人と同じ場合は☑の
みで省略可）、氏名、生年月日を
記入してください

被 保 険 者 （ 被 相 続 人 ）	住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 代表相続人と同じ
	氏 名	広城 太郎
	生年月日	明・大・昭 〇年 〇月 〇日

※ 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		広城	
		入力	チェック	入力	チェック