

相 続 同 意 書

年 月 日に死亡した被相続人 の
特定医療費について、相続人代表が受領することに同意します。

相続人代表 住所

氏名

年 月 日

相続人 住所

氏名

相続人 住所

氏名

相続人 住所

氏名

相続人 住所

氏名