

こども医療費受給資格登録申請書兼登録台帳							
公費負担者番号		8 1 1 1 0 2 2 3					
受給者番号	対象となる子ども①						
	対象となる子ども②						
	対象となる子ども③						
越谷市長 宛 こども医療費受給者資格の登録を申請します。なお、資格・支給審査にあたり必要がある場合は、越谷市が住民基本台帳及び課税台帳等の公簿により確認すること並びに保険者等に診療報酬及び療養費等の給付状況を確認することに同意します。							
申請日		令和 年 月 日					
申請事由	1 出生 2 転入 3 受給資格者変更 4 生活保護停止・廃止 5 その他 ( )						
申請者	フリガナ						
	氏名						
	住所	越谷市					
	電話						
対象となる子ども①	フリガナ						
	氏名						
	生年月日	平成・令和 年 月 日					
対象となる子ども②	フリガナ						
	氏名						
	生年月日	平成・令和 年 月 日					
対象となる子ども③	フリガナ						
	氏名						
	生年月日	平成・令和 年 月 日					

加入医療保険	<input type="checkbox"/> 次のとおり		<input type="checkbox"/> 別紙写しのとおり			
	記号		番号			
	保険者番号					
	保険者名称 1 国民健康保険 2 国民健康保険組合 3 全国健康保険協会 4 共済組合 5 船員保険 6 健康保険組合 7 日本私立学校振興・共済事業団 (ある場合記入) 本部 ・ ( ) 支部					
振込先金融機関	<input type="checkbox"/> 次のとおり		<input type="checkbox"/> 別紙写しのとおり			
	<input type="checkbox"/> 児童手当と同じ <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	金融機関名			支店名		
	銀行・農協 信用金庫			支店		
口座番号 (種別・普通)			口座名義人 (カタカナ)			
資格期間	通院	令和 年 月 日から令和 年 3月 31日まで				
	入院	令和 年 月 日から令和 年 3月 31日まで				
決定日	令和 . .		受領印			
交付日	令和 . .		<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 手渡し			
附加給付	有 ・ 無					
転入年月日	令和 . .					
不足書類	1 こども ( ① ・ ② ・ ③ ) の保険証 2 口座情報 3 その他 ( )					
保留入力		保留確認		決定入力	決定確認	

## 子育てファミリー応援金申請書

### 【子育てファミリー応援金について】

越谷市で出産された方に対し、経済的な負担軽減目的として、子育てファミリー応援金(出生した乳児1人あたり1万円)を給付しております。給付を希望される場合には、以下内容をご確認の上、ご署名くださいますようお願いいたします。  
※同意(署名)をいただけない場合には、給付はされませんのでご注意ください。

### 【給付方法について】

子ども医療費受給資格登録申請において申請された口座情報に基づき、子育てファミリー応援金を給付(口座振込)いたします。

### 【給付および情報提供に関する同意について】

子ども医療費受給資格登録申請に係る情報(口座情報等)を子育てファミリー応援金担当へ情報提供することに同意いたします。

署名

---

★「次のとおり」にチェックしたとき  
 →お子様の被保険者証の記号・番号・保険者番号・保険者名称をご記入ください。  
 ★「別紙写しのとおり」にチェックしたとき  
 →お子様の健康保険証のコピーを添付し、記入を省略できます。

越谷市長 宛	
こども医療費受給者資格の登録を申請します。なお、資格・支給審査にあたり必要がある場合は、越谷市が住民基本台帳及び課税台帳等の公簿により確認すること並びに保険者等に診療報酬及び療養費等の給付状況を確認することに同意します。	
申請日	令和 4 年 10 月 3 日
申請事由	1 出生 ② 転入 3 受給資格者変更 4 生活保護停止・廃止 5 その他 ( )
申請者	フリガナ <b>コシガヤ ハナコ</b>
	氏名 <b>越谷 花子</b>
	住所 越谷市 <b>越ヶ谷4-2-1</b>
	電話 <b>048 - 963 - 9166</b>
対象となる こども①	フリガナ <b>コシガヤ イチロウ</b>
	フリガナ <b>越谷 一郎</b>
対象となる こども②	氏名 <b>平成・令和 27 年 1 月 1</b>
	生年月日 <b>コシガヤ ジロウ</b>
対象となる こども③	フリガナ <b>越谷 二郎</b>
	氏名 <b>平成・令和 2 年 2 月 2</b>
	生年月日
氏名	
生年月日	平成・令和 年 月

お子様の健康保険の被保険者で、当市に住民登録のある方

当市に住民登録のある中学生までのお子様

加入医療保険	<input checked="" type="checkbox"/> 次のとおり <input type="checkbox"/> 別紙写しのとおり			
	記号	<b>1111</b>	番号	<b>111111</b>
	保険者番号	× × × × × × × × ×		
	保険者名称	1 国民健康保険    2 国民健康保険組合 ③ 全国健康保険協会    4 共済組合 5 船員保険    6 健康保険組合 7 日本私立学校振興・共済事業団 (ある場合記入) 本部 ・ ( <b>埼玉</b> ) 支部		
振込先金融機関	<input type="checkbox"/> 次のとおり <input checked="" type="checkbox"/> 別紙写しのとおり <input type="checkbox"/> 児童手当と同じ <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	金融機関名	支店名		
	銀行・農協		支店	
	信用金庫			
資期決交附	★「次のとおり」にチェック →申請者名義の口座情報をご記入ください。 ★「別紙写しのとおり」にチェック →申請者名義の口座情報のわかる書類のコピーを添付し、記入を省略できます。 ★「児童手当と同じ」にチェック →越谷市子ども福祉課に児童手当を請求し、かつ児童手当の受給者とこども医療の申請者が同じ人であれば、チェックでき、記入を省略できます。 ★「その他」にチェック →すでに他のきょうだいでこども医療の口座を登録済みの場合 例:( )内に「子〇〇と同じ」と記入			
	転入年月日	令和 . .		
	不足書類	1 こども ( ① ・ ② ・ ③ ) の保険証 2 口座情報 3 その他 ( )		
	保留入力	保留確認	決定入力	決定確認



## 子育てファミリー応援金申請書

### 【子育てファミリー応援金について】

越谷市で出産された方に対し、経済的な負担軽減目的として、子育てファミリー応援金(出生した乳児1人あたり1万円)を給付しております。給付を希望される場合には、以下内容をご確認の上、ご署名くださいますようお願いいたします。  
※同意(署名)をいただけない場合には、給付はされませんのでご注意ください。

### 【給付方法について】

子ども医療費受給資格登録申請において申請された口座情報に基づき、子育てファミリー応援金を給付(口座振込)いたします。

### 【給付および情報提供に関する同意について】

子ども医療費受給資格登録申請に係る情報(口座情報等)を子育てファミリー応援金担当へ情報提供することに同意いたします。

署名 **越谷 花子**

申請事由が【1 出生】に該当する方のみ  
記入してください