



第3号様式（第3条関係）

受付印

### こども医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

越谷市長 宛

申請者 住所 越谷市

氏名

電話 — —

こども医療費受給資格証を（ 破損 ・ 亡失 ）しましたので、再交付を申請します。  
なお、当該申請要件の審査にあたり必要がある場合は、越谷市が住所、加入医療保険等について公簿等を確認することに同意します。

受給資格者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 越谷市		
こ 対 象 ど と な も る	受給者番号		
	氏 名		
	生年月日	平成 年 月 日	平成 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	

入 力 確 認	交 付 日
	令和 . . <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 手渡し

第3号様式（第3条関係）

受付印

**提出日**

令和 6 年 12 月 2 日

こども医療費受給資格証再交付申請書

越谷市長宛

申請者 住所 越谷市 **越ヶ谷4-2-1**

氏名 **越谷 花子**

電話 **048 - 963 - 9166**

**どちらかにマル**

こども医療費受給資格証を（ 破損 ・ **亡失** ）しましたので、再交付を申請します。  
 なお、当該申請要件の審査にあたり必要がある場合は、越谷市が住所、加入医療保険等について公簿等を確認することに同意します。

受給資格者氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ			上記申請者と同じ場合はチェックのみ
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 越谷市			

こ 対 象 ど と な も る	受給者番号	× × × × × × × ×	△ △ △ △ △ △ △	
	氏名	<b>越谷 一郎</b>	<b>越谷 二郎</b>	
	生年月日	<b>平成</b> 25 年 1 月 1 日	<b>平成</b> 27 年 2 月 3 日	平成 年 月 日

**再交付対象のこども**

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		

入 力	確 認	交 付	日
		令和 . .	
		<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 手渡し	

★「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・保険者名称を記入してください。

★「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・資格確認証のコピーを添付し、記入を省略できます。

【マイナンバーのみ持参など保険情報が分からない場合は未記入】