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		□申請者と同じ		
住所		□申請者と同じ 越谷市		
こども対象となる	受給者番号			
	氏名			
	生年月日	平成 令和　　年　　月　　日	平成 令和　　年　　月　　日	平成 令和　　年　　月　　日
加入医療保険	□次のとおり　□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　・　・　□郵送　□手渡し

記入例

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

提出日

令和　6　年　12　月　2　日

受給資格証の「受給資格者」

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		☑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		☑申請者と同じ 越谷市		
こども対象となる	受給者番号	×××××××　再交付対象のこども	△△△△△△△	
	氏名	越谷　一郎	越谷　二郎	
	生年月日	平成・令和　25　年　1月　1日	平成・令和　27年　2　月　3日	平成・令和　　年　　月　　日

加入医療保険	☑次のとおり　□別紙写しのとおり			
	記号	1111	番号	111111
	保険者番号	××××××××		
	保険者名称	（ある場合記入）　本部　・　（　　）		

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

入力	確認	交付日
		令和　・　・ □郵送　□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
→お子様の保険情報が分かるもののコピーを添付し、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】