第１号様式（第２条関係）

※　太枠内を記入してください。

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	８１１１０２２３
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（個人番号）	（　　―　　―　　）
住所	越谷市
電話	
対象となるこども① フリガナ	
氏名（個人番号）	（　　―　　―　　）
生年月日	平成・令和　　年　　月　　日
対象となるこども② フリガナ	
氏名（個人番号）	（　　―　　―　　）
生年月日	平成・令和　　年　　月　　日
対象となるこども③ フリガナ	
氏名（個人番号）	（　　―　　―　　）
生年月日	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			

振込先金融機関	□次のとおり　□別紙写しのとおり　□公的給付支給等口座を希望 □児童手当と同じ　□その他（　　）	
金融機関名		支店名
銀行・農協 信用金庫		本店・支店 出張所
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　　・　　・ □郵送　□手渡し		
附加給付	有　・　無		
転入年月日	・　　・		

不足書類	１　こども（①・②・③）の保険情報　※情 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	

第１号様式（第２条

※　太枠内を記入してください。

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】

こど

公　費　負　担

受給者番号
- 対象と
- 対象と
- 対象となる

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　6　年　12　月　2　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	コシガヤ　ハナコ
	氏名（個人番号）	越　谷　　花　子 （　　―　　―
	住所	越谷市 越ヶ谷４－２－１
	電話	０４８－９６３－９１６６
対象となるこども①	フリガナ	コシガヤ　イチロウ
	氏名（個人番号）	越　谷　　一　郎 （　　―　　―
	生年月日	(平成)・令和　２８　年　１　月
対象となるこども②	フリガナ	コシガヤ　ジロウ
	氏名（個人番号）	越　谷　　二　郎 （　　―　　―
	生年月日	平成・(令和)　６　年　１１　月
対象となるこども③	フリガナ	
	氏名（個人番号）	（　　―　　―
	生年月日	平成・令和　　年　　月

当市に住民登録のあるお子様の健康保険の被保険者

当市に住民登録のある高校生までのお子様

加入医療保険

☑次のとおり　　□別紙写しのとおり

記号	１	１	１	１			番号	１	１	１	１	１	１	１	
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

□次のとおり　　☑別紙写しのとおり　□公的給付支給等口座を希望
□児童手当と同じ　□その他（　　）

金融機関名	支店名
銀行・農協 信用金庫	本店・支店 出張所
（預金種別）普通	口座名義人（カタカナ）

★「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。
★「公的給付支給等口座を希望」にチェック
→チェックのみ
★「児童手当と同じ」にチェック
→越谷市こ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登録済みの口座を希望の場合
例：（　）内に「子〇〇と同じ」と記入

保管

※「加入医療保険」の「保険者名称」の記入例

（例１）越谷市の国民健康保険

保険者名称	**越谷市**	[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	

（例２）～国民健康保険組合

保険者名称	**埼玉土建**	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	

（例３）全国健康保険協会　埼玉支部

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　・　（ **埼玉** ）　支部	

（例４）地方職員共済組合　本部

保険者名称	**地方職員**	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	

（例５）日本私立学校振興・共済事業団

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	