

第 1 号様式（第 2 条関係）

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 (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							

※ 太枠内を記入してください。

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 3 1 日まで				
	入 院	令和 年 月 日				から令和 年 3 月 3 1 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条第5項)

※ 太枠内を記入してください

こども医療費等給付申請書

公費負担

受給者番号

対象と対象と対象と

越谷市長宛
こども医療費等給付申請書
越谷市が住民基本台帳の給付状況を確認する

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

氏名 (個人番号)

住所

電話

コシガヤ ハナコ

越谷 花子 ()

越谷市 越ヶ谷4-2-1

048-963-9166

対象となる子ども①

フリガナ

氏名 (個人番号)

生年月日

コシガヤ イチロウ

越谷 一郎 ()

平成・令和 28 年 1 月

対象となる子ども②

フリガナ

氏名 (個人番号)

生年月日

コシガヤ ジロウ

越谷 二郎 ()

平成・令和 6 年 11 月

対象となる子ども③

フリガナ

氏名 (個人番号)

生年月日

コシガヤ ジロウ

越谷 二郎 ()

平成・令和 年 月

★「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】

加入医療保険

振込先金融機関

被保険者
お子様の健康保険のある
当市に住民登録のある

お子様
当市に住民登録のある高校生までの

次のとおり

別紙写しのとおり

記号

1111

番号

1111111

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

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

(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子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子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
【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】

裏面もご確認ください

※「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
	(ある場合記入) 本部 ・ () 支部	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	

(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
	(ある場合記入) 本部 ・ () 支部	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	

(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
	(ある場合記入) 本部 ・ (埼玉) 支部	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	

(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
	(ある場合記入) 本部 ・ () 支部	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	

(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
	(ある場合記入) 本部 ・ () 支部	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	