(甲)が加入している自動車損害賠償責任保険会社名称

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿

交通事故による健康保険給付額優先支払承諾書

■交通事故

事故発生日	令和　　年　　月　　日　（午前・午後）　　時　　分頃
事故発生場所	
当事者（甲） （相　手）	氏名：
当事者（乙） （受診者）	氏名：

上記の交通事故にかかる療養取扱機関での(乙)の治療費について、サンヨー連合健康保険組合において立替払いされておりますので、自動車損害賠償責任保険の支払いの際にはサンヨー連合健康保険組合の立替払い相当額を、サンヨー連合健康保険組合へ優先支払されることを承諾いたします。

以上

令和　　年　　月　　日

被保険者

住 所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(乙)との関係：（乙)本人・(乙)の家族・その他(　　)