

(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

住所

被保険者

氏名

(乙)との関係: (乙)本人・(乙)の家族・その他( )