(甲)が加入している自動車損害賠償責任保険会社名称

△△火災海上保険株式会社　　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　2 年　11 月　1 日　(午前・午後)　10 時　20 分頃
事故発生場所	大阪府守口市京阪本通△－△－△　路上　交差点
当事者（甲） （相　手）	氏名：　健保　花子
当事者（乙） （受診者）	氏名：　三洋　太郎

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　2　年　11 月　31 日

被保険者

住 所　大阪府守口市金下町△－△－△

氏 名　三洋　太郎

(乙)との関係：(乙)本人・(乙)の家族・その他(　　)