

(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・ <b>午後</b> ) 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

住所 大阪府守口市金下町△-△-△

被保険者

氏名 三洋 太郎

(乙)との関係: **(乙)本人** (乙)の家族・その他( )