

自動車損害賠償責任保険金支払先優先同意書

交通事故発生年月日 年 月 日 時 分頃

交通事故発生場所

甲. 相手者 (加害者) 住 所
氏 名 (年齢 才)

乙. 健康保険被保険者又 住 所
は被扶養者(被害者) 氏 名 (年齢 才)

両者は、上記の日時・場所において負傷したものです。

本件事故に関し、乙の治療費等については、健康保険を利用させていただきます。(加害者・被害者) 請求に係る自賠責保険の支払に優先して、健康保険法第57条に基づき、大王製紙健康保険組合が健康保険給付費相当額を受領することに異議のないことを申し立てます。併せて、大王製紙健康保険組合の指定する方法又は場所へ、当該金額の支払をして頂きますようお願いいたします。

令和 年 月 日

保険(株) 殿

甲. 住 所
氏 名 印

甲の親権者. 住 所
氏 名 印

乙. 住 所
氏 名 印

- 注意
1. 甲 (加害者が未成年者のときは親権者の押印も必要です。)
 2. 会社の社用車等で従業員がおこした事故については、(甲の親権者) のところを(自賠責保険契約者)と訂正し、契約加入者が証印してください。
 3. 被害者請求をするときは、乙欄についても証印が必要です。乙が未成年者のときは、(乙) のところを(乙の親権者)と訂正し、乙の親権者が記載証印してください。
 4. 甲・乙とも印鑑証明添付