

交通事故 相談票

【1】相談者情報			
ふりがな			
お名前			
ご住所	〒		
TEL		Email	
ご加入の 任意保険会社名		担当者	氏名
			TEL
弁護士費用特約	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	その他特約	<input type="checkbox"/> 車両保険 <input type="checkbox"/> 人身傷害保険 <input type="checkbox"/> その他

【2】相手方情報 （わかる範囲で結構ですので、事故の相手側の情報をご記入ください。）			
ふりがな			
名前			
住所	〒		
加入している 任意保険会社名		担当者	氏名
			TEL

【3】事故情報 （あてはまるものに☑を入れてください。複数可。）	
事故の種類	<input type="checkbox"/> 物損事故 →次ページ『事故状況 記入シート』へお進みください。 <input type="checkbox"/> 人身事故 →下記【4】へお進みください。

【4】受傷者情報 （わかる範囲で結構ですので、おケガをされた方の情報をご記入ください。）			
受傷者	<input type="checkbox"/> 相手方（これ以降記入不要）→次ページ『事故状況 記入シート』へお進みください。		
	<input type="checkbox"/> 相談者本人		
	<input type="checkbox"/> 同乗者（ <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 友人・知人 <input type="checkbox"/> その他） → お名前（ ）		
ご職業		年収（前年）	
労災	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	休業補償給付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
治療費	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	同居のご家族	
治療費の支払	<input type="checkbox"/> 相手方保険会社 <input type="checkbox"/> 自己負担 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
受傷部位・程度 （診断名）		医療機関	
治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	状況	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 症状固定 <input type="checkbox"/> その他
通院手段	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
入院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
休業	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
後遺障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	等級	級 号

※次ページ『事故状況 記入シート』へお進みください。

R8.4.1

