

交通事故相談フォーム

※プリントアウトして相談時にご持参ください

相談日 年 月 日

フリガナ お名前(性別)	(男・女)	生年月日	T・S・H	年	月	日
-----------------	-------	------	-------	---	---	---

ご住所	〒					
-----	---	--	--	--	--	--

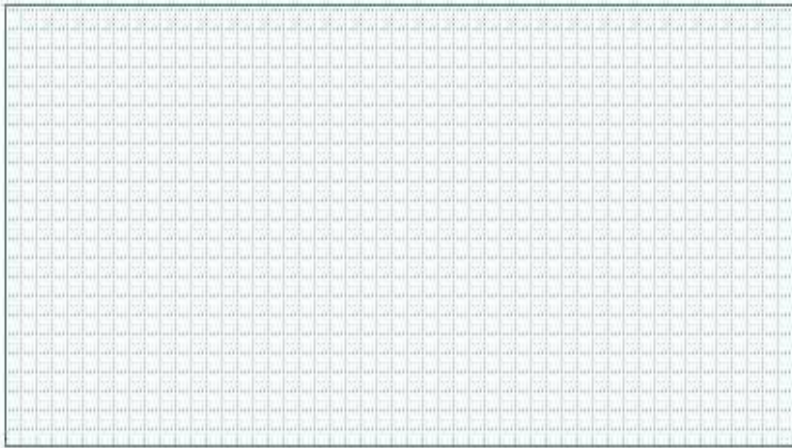
電話(携帯)	電話(ご自宅)					
--------	---------	--	--	--	--	--

ご職業	年収(事故発生の前年)	万円	月収(事故発生3ヶ月の平均額)	万円		
-----	-------------	----	-----------------	----	--	--

事故発生日時	平成	年	月	日	事故発生時は、
--------	----	---	---	---	---------

通勤中 / 勤務中 / その他

(具体的な状況)



①人対車両 ②正面衝突 ③側面衝突④出合い頭衝突⑤接触 ⑥追突 ⑦その他

受傷の部位	・頭部・顔面・頰椎・腰椎・脊椎・胸腹部・上肢・下肢・目耳鼻口歯・その他()
-------	--

症状	・頰部捻挫・腰部捻挫・脱臼・骨折・神経症状・機能障害・その他()
----	-----------------------------------

治療経過	入院 なし/あり (年 月 日 ~ 年 月 日) 医療機関 ()
	通院 なし/あり (年 月 日 ~ 年 月 日) 医療機関 ()
	治療終了(年 月 日 終了/固定) 後遺障害申請中 / 未申請 / 後遺障害等級認定 級 号

あなたの保険	◇人身傷害保険 : 有・無 ◇車両保険 : 有・無 ◇その他() ◇任意保険会社 [] 弁護士特約 : 有・無
--------	---

健康保険の利用	有・無	治療費の支払者	相手方保険 / ご本人立替 / 労災 / 不明
---------	-----	---------	-------------------------

フリガナ 相手方の名前	(電話)
----------------	-------

相手方保険会社	
---------	--

特に相談したい事項	
-----------	--

交通事故相談フォーム

※プリントアウトして相談時にご持参ください

相談日 年 月 日

フリガナ お名前(性別)	アステル イチロウ 明日照 一郎 (男)女	生年月日	T.S.H 46年 7月 18日
ご住所	〒 860-0806 熊本市中央区花畑町1-1		
電話(携帯)	090-****-@@@@	電話(ご自宅)	096-352-0001
ご職業	会社員 年収(事故発生の前年) ** 万円	月収(事故発生3ヶ月の平均額)	** 万円

事故発生日時	平成 27年 7月 1日	事故発生時は、 通勤中 / 勤務中 / その他
<p>①人対車両 ②正面衝突 ③側面衝突④出合い頭衝突⑤接触 ⑥追突 ⑦その他</p>		(具体的な状況)
		信号待ち停車中に、後ろから追突された

受傷の部位	・頭部・顔面・ 頸椎 ・腰椎・脊椎・胸腹部・上肢・下肢・目耳鼻口歯・その他()
症状	・ 頸部捻挫 ・腰部捻挫・脱臼・骨折・神経症状・機能障害・その他()
治療経過	入院 なし / あり (年 月 日 ~ 年 月 日) 医療機関 ()
	通院 なし / あり (27年 7月 1日 ~ 27年 12月 31日) 医療機関 (***病院、@@@整骨院)
	治療終了(年 月 日 終了 / 固定)
	後遺障害申請中 / 未申請 / 後遺障害等級認定 級 号

あなたの保険	◇人身傷害保険 : 有・無 ◇車両保険 : 有 無 ◇その他() ◇任意保険会社 [***保険] 弁護士特約 : 有 無
--------	---

健康保険の利用	有・ 無 治療費の支払者 相手方保険 / ご本人立替 / 労災 / 不明
---------	--

フリガナ 相手方の名前	○○○○ (電話)
----------------	------------

相手方保険会社	**保険
---------	------

特に相談したい事項
相手方からの提示額が妥当か。
後遺障害認定手続き
等