

紛争処理申請書

①	申請年月日	平成 年 月 日	
②	自動車事故の当事者	被害者氏名	
		相手方氏名	
③	申請者 (※自賠償保険に対する支払請求権者)	フリガナ名	Ⓜ
		電話	- -
		現住所	〒(-)
		当事者との続柄	被害者側(本人・親族・その他) 相手方側(本人・親族・その他)
④	申請者の代理人	フリガナ氏名又は名称	Ⓜ
		電話	- -
		現住所	〒(-)
		申請者との関係	弁護士・その他()
⑤	支払請求先の保険会社 又は 共済組合(名称及び取扱部署)	電話	- -
⑥	紛争処理を求める事項 (※該当する番号に○をつけてください)	1 過失の有無及び過失割合(減額)に関すること 2 後遺障害の等級に関すること 3 事故と死亡、傷害、後遺障害との因果関係に関すること 4 その他(別紙に具体的に記入してください。) 保険会社又は共済組合からの通知書(回答書)を添付してください。(コピー可)	
⑦	紛争の問題点、交渉の経過の概要及び請求の内容 (※別紙に記入してください)		
⑧	交通事故証明書が添付できない場合は、下記項目に記入してください。 【交通事故発生日】 平成 年 月 日 【自賠償保険会社・共済組合名】 [] 【保険・共済 証明書番号】 第 号		
⑨	他で手続き中の場合、機関名	1. 交通事故紛争処理センター 2. 日弁連交通事故相談センター 3. その他	