指定紛争処理機関
一般財団法人　自賠責保険・共済紛争処理機構　御中

紛 争 処 理 申 請 書

①	申 請 年 月 日			年　　月　　日
②	自動車事故の当事者	被害者	（ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名 生年月日	男 ・ 女 年　　月　　日生
			現住所	〒
			電話番号	
			事故時年齢	歳
		相手方	（ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名	男 ・ 女
			現住所	〒
③	申請者 （自賠責保険等に対する支払請求権者）		（ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名	男 ・ 女
			現住所	〒
			電話番号	
			メールアドレス（任意）	
			当事者との続柄	本人・親族・その他 （　　）
④	申請者の代理人		（ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名又は名称	男 ・ 女
			現住所	〒
			電話番号	
			メールアドレス（任意）	
			申請者との関係	弁護士・行政書士・その他（　　）
⑤	支払請求先 保険会社・ 共済組合		会社名	
			支店名等・ 担当者名	
			電話番号	
⑥	紛争処理を求める事項（争点） （該当する番号に〇） ※別紙に具体的に記入して下さい			1　後遺障害の等級に関すること
				2　過失の有無及び過失割合（減額）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（　　）
⑦	交通事故発生日			年　　月　　日
	相手方の自賠責保険会社・共済組合名			
	自賠責保険・共済証明書番号			第　　号
⑧	自賠責保険会社・共済組合に提出していない新たな資料の有無（該当するものに〇）			1　ある（　　）
				2　ない
⑨	他で手続き中の場合、機関名 （該当するものに〇）			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（　　）

※　被保険者等による申請の場合は、本部（電話：0120-159-700）までご連絡下さい。
※　申請年月日等は和暦、西暦どちらでご記入頂いても結構です。