

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	(フリガナ) 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	(フリガナ) 氏名			
			現住所	〒		
③	申請者 (自賠責保険等に 対する 支払請求権者)		(フリガナ) 氏名			
			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		(フリガナ) 氏名又は名称			
			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・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○) ※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○)		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○)		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:03-6825-6022)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。