

指定紛争処理機関

一般財団法人 自賠償保険・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	男・女		
	現住所	〒		
③	申請者 (自賠償保険等に 対する 支払請求権者)	(フリガナ) 氏名	男・女 (印)	
		現住所	〒	
		電話番号	-----	
		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	男・女 (印)	
		現住所	〒	
		電話番号	-----	
		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 (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事	
			2 過失の有無及び過失割合(減額)に関する事	
			3 事故と死亡、傷害、後遺障害との因果関係に関する事	
			4 その他 ()	
⑦	交通事故発生日		年 月 日	
	相手方の自賠償保険会社・共済組合名			
	保険・共済証明書番号		第 号	
⑧	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: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。