

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	男・女				
			生年月日	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 (自賠責保険等に 対する 支払請求権者)		(フリガナ) 氏名	男・女				
			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				
			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			
	相手方の自賠責保険会社・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。