

交通事故被害相談票

1. 当事務所を何でお知りになりましたか？

紹介()
 新聞()
 広報()
 電話帳()
 その他()

相談日 H 年 月 日 時 分～ 時 分

	氏名	住所・生年月日・連絡先	
フリガナ 相談者	(被害者との関係)	〒	
		☎ - -	
		T・S・H 年 月 日生	
フリガナ 被害者		〒	
		☎ - -	
		T・S・H 年 月 日生	
フリガナ 車両所有者	(被害者との関係)	〒	
		☎ - -	
		T・S・H 年 月 日生	
加害者 (運転者)		〒	

事故発生の日時・場所

事故日	H 年 月 日	発生場所	
-----	------------------	------	--

事故当時の当事者の状況

被害者	四輪車運転 ・ 四輪車同乗 ・ 加害者に同乗 ・ 二輪車運転 ・ 歩行中 ・ その他
	業務中 ・ 通勤中 ・ 私用
加害者	四輪車運転 ・ 被害者と同乗 ・ 二輪車
	業務中 ・ 通勤中 ・ 私用 私用以外の場合の勤務先()

任意保険契約の関係

被害者	任意保険 あり ・ なし
	保険会社() 担当者() 電話番号()
	任意保険ありの場合 人身傷害 ・ 搭乗者傷害 ・ 弁護士費用特約
加害者	任意保険 あり ・ なし
	保険会社() 担当者() 電話番号()

被害の内容

傷害 ・ 後遺障害 ・ 死亡 ・ 車両被害 ・ その他物損

当方の損害の内容

1 傷害	受傷以前の 職業・収入	現状
傷病名		
入院	病院・医院	年 月 日～ 年 月 日(実日数 日)
	病院・医院	年 月 日～ 年 月 日(実日数 日)
通院	病院・医院・整骨院	年 月 日～ 年 月 日(実日数 日)
	病院・医院・整骨院	年 月 日～ 年 月 日(実日数 日)
	病院・医院・整骨院	年 月 日～ 年 月 日(実日数 日)
	病院・医院・整骨院	年 月 日～ 年 月 日(実日数 日)

2 後遺障害	症状固定日 H 年 月 日(歳) 男・女	職業()
自覚症状		等級認定

3 死亡	死亡日 H 年 月 日(歳) 男・女	職業()
-------------	---------------------	-------

4 物損

全損	
修理費	
その他	

相手方の損害の内容

傷害・後遺障害・死亡・車両・その他物損

事故発生状況	
過失主張等の	