

交通事故相談票

令和 年 月 日

相談票は以下にご返送をお願いいたします。

<メールの場合>portal@nagoyasogo.jp <FAXの場合>0564-72-5172

弁護士:

担当事務:

■ご相談者様

フリガナ			被害者様との関係	<input type="checkbox"/> 男
お名前			<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 女
現住所	〒			
連絡先	(TEL) (携帯)	(FAX) (メールアドレス)		
ご希望の連絡先	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他()			

■被害者様について

フリガナ			生年月日	<input type="checkbox"/> 男	
お名前			年 月 日	<input type="checkbox"/> 女	
任意保険	会社名		TEL		
	担当者		弁護士費用特約	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	
	人身傷害 保険特約	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	車両保険特約	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	
ご職業			年収 (事故前年)	約 万円	
労災	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		労災保険給付	休業補償給付	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
				治療費	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

■事故について

発生日時	年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前	時 分頃	<input type="checkbox"/> 午後
発生場所				
加害者	氏名			<input type="checkbox"/> 男
	住所			<input type="checkbox"/> 女
加害者の 任意保険	会社名			
	担当者		TEL	

■受傷の状況

部位・程度(診断名)		医療 機関	
治療開始日	年 月 日		
治療終了日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 症状固定
通院手段	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他()		
入院	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(年 月 日 ~ 年 月 日)		
休業	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(年 月 日 ~ 年 月 日)		
後遺障害の程度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(級 号)		

※お手数ですが、事故状況のご記入もお願いいたします(別のシートにあります)

