

交通事故・相談カード

相談日：令和 年 月 日

ご相談者	ふりがな		旧姓	性別	生年月日
	氏名			男 ・ 女	(大・昭・平 年) 月 日 (歳)
	現住所	〒 都道府県 市・区	<input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 同居人あり		
	連絡先	電話番号： ()	携帯電話番号 ()		
		FAX: ()			
		E-mail(PC) : @	E-mail(携帯) : @		
あなたの立場	<input type="checkbox"/> 運転者→車種・年式 () →所有者 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご本人以外(氏名:) <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 自転車				
任意保険会社名	<input type="checkbox"/> 弁護士費用特約 <input type="checkbox"/> 人身傷害保険 <input type="checkbox"/> 車両保険				
相手方	ふりがな		性別	生年月日	
	氏名		男 ・ 女	(大・昭・平 年) 月 日 (歳)	
	住所	〒 都道府県 市・区			
	連絡先	電話番号： ()	携帯電話番号： ()		
		FAX ()			
		E-mail(PC) :	E-mail(携帯) : @		
立場	<input type="checkbox"/> 運転者→車種・年式 () <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 自転車				
任意保険会社名	<input type="checkbox"/> 弁護士費用特約 <input type="checkbox"/> 人身傷害保険 <input type="checkbox"/> 車両保険				
事故状況	事故発生日	平成 年 月 日			
	事故発生場所	県 市			
	事故発生状況図	<div style="text-align: right;"> 1 人対車両 2 正面衝突 3 側面衝突 4 出会い頭衝突 5 接触 6 追突 7 その他 </div>			
事故状況の説明					

怪我・治療等	事故による病気・怪我	・受傷の部位（該当するものに○を付けてください。） 頭部・顔面・頸椎・腰椎・脊椎・胸腹部・上肢・下肢・目耳鼻口歯・その他（ ）
		・診断名 頸部捻挫・腰部捻挫・バネ・リュウマチ候群・脳挫傷・捻挫挫傷・打撲・脱臼・骨折・靭帯損傷 ・醜状痕・偽関節変形・神経症状・CRPS・機能障害・神経麻痺・筋損傷・その他（ ）
	治療経過	<input type="checkbox"/> すでに治療は終了した（治療終了日：平成 年 月 日） <input type="checkbox"/> 治療中
	後遺症認定手続	<input type="checkbox"/> 手続未了 <input type="checkbox"/> 済（後遺障害（ ）級 <input type="checkbox"/> 該当せず）→異議手続（ <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない）
	事故前の病気や怪我（労災事故・交通事故含）	<input type="checkbox"/> あり（傷病名： ）（時期：昭和・平成 年 月頃） <input type="checkbox"/> なし
	休業・収入	休業期間 <input type="checkbox"/> あり（平成 年 月 日～平成 年 月 日） <input type="checkbox"/> なし 現在の収入 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
受け取った給付金・保険金等	<input type="checkbox"/> 事故に関して受け取った給付金・保険金は無い。	
	公的保険制度による給付	<input type="checkbox"/> 労災保険法による保険給付金（ <input type="checkbox"/> 療養補償給付 <input type="checkbox"/> 療養給付 <input type="checkbox"/> 休業保険給付 <input type="checkbox"/> 傷害保険給付 <input type="checkbox"/> 遺族保障給付 <input type="checkbox"/> 傷病保障年金 <input type="checkbox"/> 障害保障年金 <input type="checkbox"/> 遺族保障年金 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	ご自身の任意保険からの給付	<input type="checkbox"/> 人身傷害保険による保険金 <input type="checkbox"/> 無保険者傷害保険による保険金 <input type="checkbox"/> 所得保障保険による保険金 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	相手方からの給付	<input type="checkbox"/> 名目（ ）として <input type="checkbox"/> その他（ ）
	その他の給付	
■資料	1 交通事故証明 2 診断書 3 後遺障害等級認定票 4 休業損害証明書 5 源泉徴収票・確定申告書 6 保険会社からの賠償額の提示 7 その他	