

| 交通事故相談シート |     |  |     | 相談日                 |         | 年           | 月       | 日 |   |
|-----------|-----|--|-----|---------------------|---------|-------------|---------|---|---|
| フリガナ      |     |  |     | 年齢                  | 生年月日    | 明 大 昭       | 年       | 月 | 日 |
| 当事者氏名     | 男・女 |  |     |                     | 職業      |             |         |   |   |
|           |     |  |     |                     | (例：会社員) |             |         |   |   |
| 自賠責保険     |     |  |     | 事故前の3カ月の平均月収<br>/年収 | 万円 / 万円 |             |         |   |   |
| 連絡先       |     |  | 担当者 |                     |         | 事故後の月収 / 年収 | 万円 / 万円 |   |   |
| 任意保険      |     |  |     | 弁護士費用特約加入           | 有・無     |             |         |   |   |
| 連絡先       |     |  | 担当者 |                     |         |             |         |   |   |

|       |     |  |     |      |         |       |   |   |     |
|-------|-----|--|-----|------|---------|-------|---|---|-----|
| フリガナ  |     |  |     | 年齢   | 生年月日    | 明 大 昭 | 年 | 月 | 日   |
| 相手方氏名 | 男・女 |  |     |      | 職業      |       |   |   |     |
|       |     |  |     |      | (例：会社員) |       |   |   |     |
| 自賠責保険 |     |  |     | 任意保険 |         |       |   |   |     |
| 連絡先   |     |  | 担当者 |      |         | 連絡先   |   |   | 担当者 |

|        |     |   |   |   |       |   |   |
|--------|-----|---|---|---|-------|---|---|
| 事故発生日時 | 平成  | 年 | 月 | 日 | 午前・午後 | 時 | 分 |
| 事故発生場所 | 県 市 |   |   |   |       |   |   |

|         |           |
|---------|-----------|
| 【事故状況図】 | 【事故状況の説明】 |
|         |           |

|               |    |   |      |                             |      |    |   |   |   |   |    |   |   |   |
|---------------|----|---|------|-----------------------------|------|----|---|---|---|---|----|---|---|---|
| 受傷の部位・程度（診断名） |    |   |      |                             |      |    |   |   |   |   |    |   |   |   |
| 治療開始日         | 平成 | 年 | 月    | 日                           | 入院期間 | 平成 | 年 | 月 | 日 | ～ | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 治癒・症状固定       | 平成 | 年 | 月    | 日                           | 休業期間 | 平成 | 年 | 月 | 日 | ～ | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 後遺障害等級        | 級  | 号 | 通院手段 | 自家用車・公共交通機関・タクシー・自転車・その他（ ） |      |    |   |   |   |   |    |   |   |   |

※お持ちいただいた資料

交通事故証明書   
 診断書・診療報酬明細書   
 後遺障害等級認定票  
 休業損害証明書   
 源泉徴収票・確定申告   
 保険会社からの提示案  
 その他（ ）