

法律相談票(交通事故) 2枚目

記入日 年 月 日

■相手方について

氏名		連絡先	
住所	〒		
勤務先			
相手方の任意保険会社	(担当者:) (連絡先:)		

■事故の損害について

ケガの程度	診断名
治療の期間	医療機関名 年 月 日 ~ 年 月 日
通院の方法	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 電車・バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> その他()
入院	有・無 年 月 日 ~ 年 月 日
休業	有・無 年 月 日 ~ 年 月 日
後遺症の程度	後遺障害等級認定票の記載 級 号

■相談の際にお持ち頂きたい資料(無い場合は構いません。)

<input type="checkbox"/> 交通事故証明書	<input type="checkbox"/> 診断書・診断報酬明細書	<input type="checkbox"/> 後遺症等級認定票
<input type="checkbox"/> 保険会社からの賠償額の提示	<input type="checkbox"/> その他()	

■特に相談したい事

例) 相手の保険会社の対応が悪い・金額が低すぎる。 後遺症の認定が実際の症状より軽く感じる。 など

この書類の内容は、お引き受けした事件に関して依頼者の基本的な情報を把握するためだけに使用し、その他の目的のために使用することはありません。

ご不明な点がございましたら、お気軽におたずね下さい。

新井哲三郎法律事務所