

(定型申立書2-交通事故) 示談あっせん申立書	
福島県弁護士会示談あっせんセンター 御 中	
申立年月日	平成 年 月 日
申立人	(〒 -) (TEL - -) 住所・氏名 (氏名の横に押印してください。) ⑩
申立代理人	(〒 -) (TEL - -) 住所・氏名 (氏名の横に押印してください。) ⑩
相手方	(〒 -) (TEL - -) 住所・氏名
相手方	(〒 -) (TEL - -) 住所・氏名
任意保険 ・共済など	(〒 -) (TEL - -) 住所・保険会社名 部署・担当者名
申立 の趣旨	(該当する数字を○印で囲んでください。) 相手方は、申立人に対して 1 金 円を支払うこと 2 相当額の金銭を支払うこと との示談あっせんを求める。

(交通事故用)

申立ての理由					
交 通 事 故 の 内 容	発生年月日	平成 年 月 日 時 分頃			
	発生場所				
	事故態様				
	加害車の種類	(該当する□を黒色で塗りつぶしてください。) <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> オートバイ <input type="checkbox"/> その他			
	加害者運転者氏名	氏名			
	加害者運転者と相手方との関係	関係			
	被害者の氏名・ 年齢・職業	職業		職業	
		氏名	年 月 日生	氏名	年 月 日生
	被害者と申立人との関係	関係		関係	
	被害の程度	(該当する□を黒色で塗りつぶしてください。) <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 負傷 <input type="checkbox"/> 物損			
	後遺症	(該当する□を黒色で塗りつぶしてください。) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明			
損 害 内 訳	治療費	円			円
	入院雑費	円			円
	通院交通費	円			円
	休業損害	円			円
	慰謝料	円			円
		円			円
	合計	金 円 (内金 円支払ずみ)			
	添付書類 (相手方数+2通)	交通事故証明書 診断書写し 診療明細書写 交通費内訳書 休業損害証明書 その他	通 通 通 通 通	事故発生状況報告書 付添看護料領収書 源泉徴収票 物損見積書	通 通 通 通

