

# 法律相談票（交通事故）

相談日：平成 年 月 日

お名前： \_\_\_\_\_

生年月日： (M・T・S・H) 年 月 日

ご職業： \_\_\_\_\_

住所：〒 \_\_\_\_\_

電話番号：(携帯電話) \_\_\_\_\_

(ご自宅) \_\_\_\_\_

年収（事故前年） \_\_\_\_\_ 万円/月収（事故前3ヶ月の平均） \_\_\_\_\_ 万円

保険会社（ご自身） \_\_\_\_\_ (弁護士費用特約 有 無)

担当者： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

事故発生日時 平成 年 月 日

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

治療終了日（治癒・症状固定） 平成 年 月 日

通院手段 自家用車 公共交通機関 タクシー 自転車 その他

入院の有無 有（平成 年 月 日～平成 年 月 日） 無

休業の有無 有（平成 年 月 日～平成 年 月 日） 無

後遺障害等級 有（ \_\_\_\_\_ 級 \_\_\_\_\_ 号） 無

加害者氏名 \_\_\_\_\_

加害者の任意保険会社 \_\_\_\_\_

担当者： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

## ※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（ \_\_\_\_\_ ）