

交通事故相談フォーマット

ご相談者様	フリガナ		男・女					
	氏名		昭和	年	月	日生		
	住所		平成	年	月	日生		
	連絡先 TEL: ()			メールアドレス				
	任意保険会社			車両の修理代金				
	怪我	有・無	怪我の内容					
	入院	有・無	日数	日	通院	有・無	日数	日
	現在の治療状況 治療中・治療終了				後遺障害について 有・無			
相手方	フリガナ		男・女					
	氏名		昭和	年	月	日生		
	住所		平成	年	月	日生		
	任意保険会社			車両の修理代金				
事故日	年	月	日	発生場所				
事故の概要								
過失割合	相手方保険会社の見解 :			ご相談者様が希望される割合 :				
賠償額	相手方保険会社の提示額							
お聞きになりたいこと								