

交通事故ご相談 FAX送信票

連絡先

記入欄に可能な限りご記入頂き、記入の際は黒いボールペンを使用して下さい

(ふりがな)	(ふりがな)
相談者 氏名 (歳)	被害者 氏名 (歳)
被害者との関係	職業
住所	〒 - -
電話番号	- - (希望時間帯)
E-mail	@

事故態様

事故発生日	年 月 日 午前・午後 時 分 ころ
事故発生場所	
事故態様	1. 下記の該当する項目1つにチェックを入れて下さい <input type="checkbox"/> 歩行者と四輪車・単車の事故 <input type="checkbox"/> 四輪車(単車)同士の事故 <input type="checkbox"/> 単車と四輪車の事故 <input type="checkbox"/> 自転車と四輪車・単車の事故 <input type="checkbox"/> 高速道路上の事故 <input type="checkbox"/> その他の事故 2. 下記の該当する項目1つにチェックを入れて下さい <input type="checkbox"/> 左折と直進の事故 <input type="checkbox"/> 右折と直進の事故 <input type="checkbox"/> 直進と直進の事故 <input type="checkbox"/> 追突事故 <input type="checkbox"/> 正面衝突事故 <input type="checkbox"/> その他
事故の様子 (簡単に)	見取り図

受傷内容

受傷部位・程度			
入院の期間		治療の頻度	
後遺障害等級	級	症状固定日	年 月 日

保険会社

相手方任意 保険会社名	被害者側任意 保険会社名
人身傷害保険 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	弁護士費用特約 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明

その他 その他何かございましたら、ご記入下さい

赤坂門法律事務所

〒810-0073

福岡市中央区舞鶴2-2-11 富士ビル赤坂6階

TEL 092-717-8200

FAX 092-717-8210