

弁護士法人リーガルプラス（ ）法律事務所
 法律相談申込書（交通事故） 相談NO

270331ver

※名前の記入は正確に。旧字体は旧字体で。		昭和・平成 年 月 日生（ 才） 男・女	
かな 氏名	勤務先 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	勤務先名称（ <input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 休職中 勤続年数〔 〕年 手取月収〔 〕万 賞与 夏〔 〕万 冬〔 〕万 年収〔 〕万円	
〒 ー 住所	公的扶助 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 児童手当 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 他（ ）	
固定電話（ ）ー ー 携帯電話（ ）ー ー	保険会社 （ご自身）	<input type="checkbox"/> 加入済み <input type="checkbox"/> なし （弁護士費用特約 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし） 保険会社名（ ） 担当部署・担当者（ ） 連絡先電話番号（ ）	
当事務所からの郵送・資料送付 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		同居家族の協力 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
事故 状況	事故発生日	平成 年 月 日（ <input type="checkbox"/> 勤務中の事故 <input type="checkbox"/> 通勤中の事故 <input type="checkbox"/> その他時間の事故 ）	
	事故発生場所	県 市	
	ご自身	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> バイク（原付含む） <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 歩行者	
	相手方	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> バイク（原付含む） <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 歩行者	
	事故態様	（図での説明）	（言葉での簡潔な説明）
事故 相手 方	相手方の連絡先	住所 〒 ー かな 氏名 固定電話（ ） 携帯電話（ ）	
	相手方加入の保険会社	任意保険会社名（ ） 担当部署・担当者（ ） 連絡先電話番号（ ） （任意保険会社と自賠責保険会社が異なる場合） 自賠責保険会社名（ ） 担当部署・担当者（ ） 連絡先電話番号（ ）	
	相手方主張の過失割合	ご自身（ ）% ： 相手方（ ）%	
怪我・ 治療 等	事故による病気や怪我	受傷の部位・診断名（該当するものに○をつけてください。） （部位）頭部・顔面・頸椎・腰椎・脊椎・胸腹部・上肢・下肢・耳目鼻口歯・その他（ ） （診断名）脳挫傷・頸椎捻挫・打撲・脱臼・骨折・靭帯損傷・醜状痕・偽関節変形・神経症状・ CRPS・機能障害・神経麻痺・筋損傷・その他（ ） 治療機関名（ ）	
	治療経過	<input type="checkbox"/> 既に治療は終了した（治療終了日：平成 年 月 日） <input type="checkbox"/> 治療中 入院期間 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 通院手段 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 交通公共機関 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他	

怪我・治療等	後遺障害認定手続	<input type="checkbox"/> 手続未了 <input type="checkbox"/> 済み（ <input type="checkbox"/> 後遺障害（ ）級 <input type="checkbox"/> 該当せず）→異議手続（ <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない）
	事故前の病気や怪我（労災事故・交通事故を含む）	<input type="checkbox"/> あり（傷病名：（ ） （時期：昭和・平成 年 月頃） <input type="checkbox"/> なし
	休業期間、現在の収入	休業期間 <input type="checkbox"/> あり（平成 年 月 日～平成 年 月 日） <input type="checkbox"/> なし 現在の収入 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
事故に関して受け取った給付金・保険金等	公的保険制度による給付	<input type="checkbox"/> 労災保険法による保険給付金（ <input type="checkbox"/> 療養補償給付、 <input type="checkbox"/> 療養給付、 <input type="checkbox"/> 休業補償給付、 <input type="checkbox"/> 障害補償給付、 <input type="checkbox"/> 遺族補償給付、 <input type="checkbox"/> 傷病補償年金、 <input type="checkbox"/> 障害補償年金、 <input type="checkbox"/> 遺族補償年金、 <input type="checkbox"/> その他（ ）） <input type="checkbox"/> 健康保険・国民健康保険等の公的医療保険制度による給付金（ <input type="checkbox"/> 療養給付、 <input type="checkbox"/> 傷病手当金、 <input type="checkbox"/> その他（ ）） <input type="checkbox"/> 国民年金・厚生年金・公的共済年金等の公的年金制度による給付金（ <input type="checkbox"/> 退職年金、 <input type="checkbox"/> 障害年金、 <input type="checkbox"/> 遺族年金、 <input type="checkbox"/> その他（ ）） <input type="checkbox"/> 介護保険給付金 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	ご自身の任意保険からの給付	<input type="checkbox"/> 人身傷害補償保険による保険金 <input type="checkbox"/> 無保険者傷害保険による保険金 <input type="checkbox"/> 所得補償保険による保険金 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	自動車保険制度による給付	<input type="checkbox"/> 自賠責保険（被害者請求）による保険金 <input type="checkbox"/> 政府保障事業によるてん補金 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	相手方・相手方の任意保険等からの給付	<input type="checkbox"/> 名目（ ）として <input type="checkbox"/> その他（ ）
	その他の給付	例）ご自身加入の医療保険等（ ）
	<input type="checkbox"/> 事故に関して受け取った給付金・保険金等はない。	
ご相談内容・ご依頼意思	困っていること相談したいこと	<input type="checkbox"/> 保険会社や事故相手方への対応に困っている。 <input type="checkbox"/> 事故後の流れが分からず、困っている。 <input type="checkbox"/> 事故による傷病で仕事ができず、収入がなくて困っている。 <input type="checkbox"/> 後遺障害等級の認定手続をしたが、結果に納得がいかず、困っている。 <input type="checkbox"/> 保険会社から提示された示談書金額が適正なのか分からず、困っている。 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	弁護士への依頼について	<input type="checkbox"/> 弁護士のアドバイスだけを聞きたい（正式な依頼は考えていない）。 <input type="checkbox"/> 弁護士のアドバイスをふまえて、自分で解決をしたい（正式な依頼は考えていない）。 <input type="checkbox"/> 弁護士のアドバイス、活動方針、費用などが折り合えば、弁護士への依頼を考えている。 <input type="checkbox"/> 弁護士に依頼したい。 <input type="checkbox"/> 急いで弁護士に依頼をしたい。 <input type="checkbox"/> その他（ ）

顧客名簿への掲載DM送付の可否	顧客名簿へ掲載させて頂き、事務所ニュースなどの資料をお送りさせて頂きます。送付されて困る方は右チェックボックスにチェックをおつけ下さい ⇒ <input type="checkbox"/> 送付×
-----------------	--

（注意） この相談申込用紙に虚偽の内容を記載した上で弁護士へ相談された場合、弁護士の代理活動に支障が生じる場合があります。内容は事実をありのままご記載下さい。

（個人情報） 記載内容は、当事務所の相談業務・受任業務・統計調査・事務所からの資料送付以外の用には一切利用しません。

本相談立会スタッフ :