

相談受付票

受付番号	第 号	受付年月日	平成	年	月	日
相談者	住所	電話 ()				
	氏名	男・女 生年月日 年 月 日				
	被害者との関係	本人・家族・友人・他 ()				
紹介者	氏名	(勤務先等)				

事故発生日時 _____ 年 月 日 時 分頃

事故発生場所 _____

事故被害者氏名 本人
 職業 _____ 男・女(歳)

事故の種別 人身事故 ・ 物件事故
 相談者(車・バイク・歩行・その他) 相手方(車・バイク・歩行・その他)

加入保険 相談者 任意(有・無) 相手方 任意(有・無)

傷病名 _____

治療期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日
 入院日数 日 通院実日数 日 計 日

治療機関名 _____

死亡 後遺障害(級 号) 傷害

相談内容