

年 月 日

御中

自動車損害賠償責任保険
後遺障害認定等級に対する異議申立書

過日、貴社より通知のありました後遺障害の認定等級について、次のとおり異議の申立てをいたします。

申立人氏名 _____ (印)
(請求者) 電話番号() - _____

被害者	氏名	
	住所	
異議申立の主旨		----- ----- ----- ----- -----
添付資料		

(注)・太枠に所要事項をご記入のうえ、担当課所宛ご送付願います。

- ・「異議申立の主旨」欄は、調査事務所及び弊社担当者に対し申し述べられた内容を記載願います。なお、必要であれば便箋等別紙をご利用下さい。
- ・「添付資料」欄は、貴殿の主張を裏付ける新たな診断書・医師の意見書等があれば書類名をご記入のうえ、同封して下さい。

保険会社受付番号		事故日	年 月 日
自賠責証明書番号		認定等級	級 号
取扱調査事務所			
調査事務所受付番号		〔併合・相当 級 号〕 〔加重 級(既存 級)〕	