

年 月 日

〇〇〇自賠責保険株式会社 御中

異 議 申 立 書

申立人氏名 _____ 印

住所 _____

電話番号 _____

通知のありました自動車損害賠償責任保険の認定結果について、下記のとおり異議の申立をいたします。

記

証明書番号		被害者氏名	
事故発生年月日	年	月	日
異議申立ての内容	今でも首や腰が痛くて仕事、家事が思うように出来ず困っています。 今回取り揃えた医学的資料の内容を踏まえて再度のご審査をお願い致します。		
添付資料	・新たな医師の診断書、意見書など ・医療機関の検査資料など		

※ 上記の記載例は簡易的な一部の内容となります。
具体的な「異議申立ての内容」及び「添付資料」については、
事故状況・症状・生活上の支障等によって個々に検討する必要がありますので、
詳細は自賠責保険・後遺障害等級認定の専門家へお問合せください。