

非該当の通知に同封される異議申立書の様式

# 異 議 申 立 書

平成 年 月 日

御中

先般の保険請求に対する認定結果につき、不服であるので、後述のとおり異議申立を行います。

申 立 人	住 所	
	氏 名	(印)
	昼 間 の 連 絡 先	電話番号
	被害者との 関 係	本人親族(続柄 ) 受任者・その他( )

証明書番号		事故日	平成 年 月 日	被害者名	
-------	--	-----	----------	------	--

異議申立の主旨 (弊社の認定・判断等に対するあなたのご意見及びその根拠についてご記載下さい)	
この様式では反証の主旨程度しか書けません。	
「その根拠」とありますが、 相当因果性が争点の場合には、事故態様、受傷機転、愁訴の一貫性 症状経過、他覚的所見、症状固定時期の妥当性という6項目があり、 どれにどれ位何故という最低限度の反証が出来ません。	
自覚症状のみを羅列されても、後遺障害等級認定の要件である、 「障害の存在が医学的に認められる」事に結びつきません。	

添付資料 (あなたのご意見を裏付ける <u>新たな資料</u> がございましたら書類名をご記入のうえ、添付して下さい)
被害者として残存する障害を反証できる、新たな医証なしに 後遺障害等級非該当の結果は覆りません。

会社受付印

(事故 No )

※ 太線の枠内をご記入ください。必要であれば便箋など別紙をご使用ください。

別紙とは何かの説明もありません。