

被害者請求による異議申立書及び別紙の見本

見本

平成〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇〇〇損害保険株式会社
自賠責サービスセンター 御中

異議申立書

申立人 **請求者はご本人になります。** 印
住 所 東京都〇〇区〇〇〇-〇〇-〇〇
電 話 01-2345-6789

任意保険会社である〇〇〇損害保険株式会社より、回答のあった後遺障害の事前認定結果につき、下記の通り異議申立を致します。

記

被害者名 ○ ○ ○ ○
事故年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日
証明書番号 1 2 3 4 5 6 7 8
事前認定 非該当 (〇〇〇損害保険株式会社 平成〇〇年〇〇月〇〇日付け)

添 付 書 類

・異議申立書及び別紙	8通
資料-1 自賠責支払請求書兼支払指図書	1通
資料-2 印鑑登録証明書	1通
資料-3 事故証明書(複写)	1通
資料-4 事故発生状況報告書	1通
資料-5 後遺障害等級認定のお知らせ	3通
資料-6 診断書(複写)	14通
資料-7 診療報酬明細書(複写)	27通
資料-8 後遺障害診断書	1通
資料-9 後遺障害等級(事前認定)結果の連絡	2通
資料-10 〇〇〇整形外科病院:神経症状表及び推移表	1通
資料-11 〇〇〇画像診断クリニック:MR I画像と読影医所見	2通
資料-12 〇〇〇整形外科他:画像検査	1式

以上

被害者請求の場合には、請求者に立証責任がありますので、必要な医証や書類を収集した上で、論拠を示して反証します。

異議申立書別紙

1. 請求内容

認定結果には不服であり、適正な後遺障害等級認定を求めます。

1. 後遺障害事前認定結果(資料-8)

※事前認定結果を転記します。

2. 自賠責保険における神経系統の機能又は精神の障害の認定基準

※該当する認定基準を明示します。

3. 症状固定までの治療経過の確認

※診断書及び診療報酬明細書の抜粋を転記します。

4. 医学的知見について

※傷病名について、一般的な水準における医学的知見(医学書等)を明記します。

5. 新たな医証による反証

※請求の論拠を示します。

残存する症状を医学的に証明できる事が
等級認定における最重要ポイントになります。

6. 申立人の陳述

※残存している自覚症状をまとめて頂き、その趣旨を陳述します。

7. 異議申立請求内容

※請求内容のまとめになります。

損害保険料率算定機構の損害調査事務所における公正な評価として、頸椎捻挫後の頸部、左肩部痛、左手のしびれの症状については、「局部に神経症状を残すもの」として自賠責保険における後遺障害等級認定を求めます。

以上

事案によりませんが、異議申立別紙は5~20枚程度になります。