

平成〇〇年〇〇月〇〇日

指定紛争処理機関

財団法人 自賠責保険・共済紛争処理機構 御中

申請者をご本人様になります。

申請者： 〇〇 〇〇 印  
住 所： 〇〇市〇〇町〇〇1234  
電 話： 012-3456-7890

紛争処理申請書別紙

第1. 紛争の主旨（後遺障害の等級認定に関すること）

被害者名 〇〇 〇〇  
事故年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日  
自賠責保険 〇〇〇〇損害保険株式会社  
自賠責証明書番号 0123456789  
事前認定機関 〇〇〇〇損害保険株式会社〇〇〇〇センター

本件事故により受傷した頸部捻挫及び腰部捻挫により残遺する傷害については、自賠責保険における後遺障害として認定される傷害であり、〇〇〇〇損害保険株式会社の認定結果には不服であり、貴機構における公正な調査を依頼し、その適正な評価を求める。

第2. 後遺障害認定結果・一括払い事前認定

第3. 紛争の問題点

第4. 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

第5. 頸椎・腰椎捻挫及び神経根障害の医学的知見について

第6. 後遺障害診断書記載の所見について

第7. 新たな医証による反証

第8. 申請者の陳述

第9. 相当因果性の確認

1. 事故態様

2. 受傷機転

3. 愁訴の一貫性

4. 症状経過

5. 他覚的所見

6. 症状固定時期の妥当性

7. まとめ

第10. 申請のまとめ

貴機構にて、公正な審査による適正な後遺障害等級認定を求めます。

以上

提出証拠資料

甲1号証	後遺障害等級認定票：平成〇〇年 月 日付	3通
甲2号証	後遺障害診断書：〇〇〇〇病院発行	1通
甲3号証	後遺障害事案整理票	1通
甲4号証	交通事故証明書	1通
甲5号証	事故発生状況報告書及び調査書	2通
甲6号証	経過診断書：〇〇〇〇病院	14通
甲7号証	診療報酬明細書：〇〇〇〇病院	16通