

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)

添付資料 (あなたのご意見を裏付ける新たな資料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)

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。