

平成 年 月 日 (郵便を出す日)

県 市 町 丁目 番 号

【 被通知人の住所 】

【 被通知人の氏名 】 殿

県 市 町 丁目 番 号

【 通知人の住所 】

【 通知人の氏名 】

損害賠償請求通知書

平成 年 月 日 時 分 頃

(事故のあった日時) に 県 市

町 丁目 番地付近 (事故現場) に おい

て私と貴殿の間で発生した交通事故に関

して、貴殿の加入しておられる 損害保

険株式会社【被通知人の加盟している損害

保険会社】(以下 損害保険) の担当員

【保険担当員の氏名】氏は、過失割合につ

いて著しく妥当性を欠いた判断をされて

おり、再三話し合いを行ったにもかかわらず、

貴殿と私の過失割合が % 対 %

【先方の提示している過失割合】と言って

譲ろうとしません。しかしながら、事故の

原因は【事故の原因・模様を記載】であり、

貴殿の過失割合が 100% であることは

明白です。従って、本書到達後 1 週間以内に、
損害保険の【保険担当員の氏名】氏が、私の主張を全面的に受け入れない場合、私は、貴殿に対し、以下の内容にて損害賠償請求の訴訟手続きを取らせていただきますので、その旨ご承知おき下さい。

記

・ 損害賠償請求の明細

1) 医療費

, , 円。

2) 物的損害 (車両)

, , 円

3) 物的損害 (その他)

, 円

4) 車両運搬費

, 円

5) 見積書作成費

, 円

6) 交通費

, 円

7) 調査費

,

8) 請求費用及び雑費

, 円

9) 慰謝料

10) 事故が原因の収入減の補償 円
円
以上