

調停:交通  
(□については、レ印を付したのもの)

調停事項の価額 \_\_\_\_\_ 円  
ちょう用印紙額 \_\_\_\_\_ 円  
予納郵便切手の額 \_\_\_\_\_ 円

受 付 印

(交通・加害者申立)  
調 停 申 立 書  
東京簡易裁判所 御 中

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

申立人の住所・氏名・電話番号等  
郵便番号 〒 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
送達場所  上記住所地  次のとおり  
電 話 \_\_\_\_\_  
ファクシミリ \_\_\_\_\_

相手方の住所・氏名  
郵便番号 〒 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

別紙のとおり当事者複数あり

申 立 の 趣 旨	
<input type="checkbox"/>	申立人 が相手方 に支払うべき損害賠償額を確定する
<input type="checkbox"/>	申立人 の相手方 に対する債務は存在しないことを確認する
との調停を求める。	

紛 争 の 要 点									
交	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">発生日時</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/>令和 <input type="checkbox"/>平成 年 月 日午前・午後 時 分ころ</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px dashed black;">発生場所</td> <td style="padding: 5px;">(都・道・府・県) 市 区 丁目 先道路</td> </tr> </table>	発生日時	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日午前・午後 時 分ころ	発生場所	(都・道・府・県) 市 区 丁目 先道路				
発生日時	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日午前・午後 時 分ころ								
発生場所	(都・道・府・県) 市 区 丁目 先道路								
通	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">申立人側(加害者)の車両等</td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/>自動車 <input type="checkbox"/>オートバイ(自動二輪) <input type="checkbox"/>原動機付自転車 <input type="checkbox"/>自転車  <input type="checkbox"/>その他( )                      車両登録番号                 </td> </tr> </table>	申立人側(加害者)の車両等	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> オートバイ(自動二輪) <input type="checkbox"/> 原動機付自転車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他( ) 車両登録番号						
申立人側(加害者)の車両等	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> オートバイ(自動二輪) <input type="checkbox"/> 原動機付自転車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他( ) 車両登録番号								
事	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">同車両運転者</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%; text-align: center;">申立人との関係</td> <td style="width: 55%;"></td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px dashed black;">同車両所有者</td> <td style="border-top: 1px dashed black;"></td> <td style="border-top: 1px dashed black; text-align: center;">申立人との関係</td> <td style="border-top: 1px dashed black;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center; font-size: small;">(人身事故の場合に記載する)</p>	同車両運転者		申立人との関係		同車両所有者		申立人との関係	
同車両運転者		申立人との関係							
同車両所有者		申立人との関係							
故	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">相手方側(被害者)の車両等</td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/>自動車 <input type="checkbox"/>オートバイ(自動二輪) <input type="checkbox"/>原動機付自転車 <input type="checkbox"/>自転車  <input type="checkbox"/>歩行者 <input type="checkbox"/>その他( )                 </td> </tr> </table>	相手方側(被害者)の車両等	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> オートバイ(自動二輪) <input type="checkbox"/> 原動機付自転車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> その他( )						
相手方側(被害者)の車両等	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> オートバイ(自動二輪) <input type="checkbox"/> 原動機付自転車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> その他( )								
の	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">同車両運転者</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%; text-align: center;">相手方との関係</td> <td style="width: 55%;"></td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px dashed black;">同車両所有者</td> <td style="border-top: 1px dashed black;"></td> <td style="border-top: 1px dashed black; text-align: center;">相手方との関係</td> <td style="border-top: 1px dashed black;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center; font-size: small;">(人身事故の場合に記載する)</p>	同車両運転者		相手方との関係		同車両所有者		相手方との関係	
同車両運転者		相手方との関係							
同車両所有者		相手方との関係							
態	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">被害の程度</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/>死亡 <input type="checkbox"/>負傷 <input type="checkbox"/>物損</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px dashed black;">後遺症</td> <td style="border-top: 1px dashed black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>不明</td> </tr> </table>	被害の程度	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 負傷 <input type="checkbox"/> 物損	後遺症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明				
被害の程度	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 負傷 <input type="checkbox"/> 物損								
後遺症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明								
様									



当事者の表示(追加用)

(□については、レ印を付したもの)

(注)この用紙は、申立人又は相手方が複数いる場合に使用する。

当事者が申立人である場合は、送達場所、電話及びファクシミリ欄にも記入すること

当事者 <input type="checkbox"/> 申立人 <input type="checkbox"/> 相手方	
郵便番号	〒 _____
住所	_____
氏名	_____ 印
送達場所	<input type="checkbox"/> 上記住所地 <input type="checkbox"/> 次のとおり
電話	_____
ファクシミリ	_____
当事者 <input type="checkbox"/> 申立人 <input type="checkbox"/> 相手方	
郵便番号	〒 _____
住所	_____
氏名	_____ 印
送達場所	<input type="checkbox"/> 上記住所地 <input type="checkbox"/> 次のとおり
電話	_____
ファクシミリ	_____
当事者 <input type="checkbox"/> 申立人 <input type="checkbox"/> 相手方	
郵便番号	〒 _____
住所	_____
氏名	_____ 印
送達場所	<input type="checkbox"/> 上記住所地 <input type="checkbox"/> 次のとおり
電話	_____
ファクシミリ	_____