**損害賠償請求書**

東京都○○○○○○○○-○-○

○○　○○

　令和○年○○月○○日午後○○時○○分、○○○○の交差点で貴殿が運転した自動車に衝突された際に受けた○○○○骨折、○○○○撲傷等の傷害による損害は以下のとおりです。

記

 治療費 ○○○○○円

 通院交通費 ○○○○○円

 休業補填 ○○○○○円

 慰謝料 ○○○○○円

 合計 ○○○○○○円

　よって、上記合計金額○○○○○○円を請求いたしますので、本書面受取後○○日以内に、下記口座にお振込みのうえ、お支払ください。

 ○○○○銀行　○○○○支店

 普通　○○○○○○○

 ○○ ○○

　期間以内にお支払なき場合には、法的手段をとらざるを得ませんのでご了承ください。

令和○年○○月○○日

東京都○○○○○○○○-○-○

○○　○○