

人身事故証明書入手不能理由書

〇〇〇〇

保険会社 御中

該当する項目に〇をつける（複数可）

■ 人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった理由をお教えてください。

（人身事故扱いの交通事故証明書が添付されていても、被害者の方のお名前がない場合は、記入してください。）

<p>理由</p> <p>※ 該当する項目に〇印をしてください。</p> <p>※ 複数に該当する場合は、すべてに〇印をしてください。</p>	<p><input type="radio"/> 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため</p> <p><input type="radio"/> 受傷が軽微で、短期間で治療を終了した（もしくは終了予定の）ため</p> <p><input type="radio"/> 公道以外の場所（駐車場、私有地など）で発生した事故のため</p> <p><input type="radio"/> 事故当事者の事情（理由を具体的に記載してください。）</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;">【理由】</div> <p><input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。）</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;">【理由】 相手方と連絡が取れないため、自分自身で署名捺印した。</div>
<p>◆ 警察へ、事故発生の届出を行っている場合には、以下に記載してください。</p>	
届出警察	<input type="radio"/> 警察 <input type="radio"/> 担当官 <small>（判明している場合）</small>
届出年月日	<input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日

裏面へ

交通事故証明書が発行されていない場合、または発行されている交通事故証明書にお名前がない場合に限り、裏面の事故当事者、発生日時、発生場所等を記入してください。

原則、事故の相手方の署名・捺印を記載する

相手方から署名捺印をしてもらえない場合には、その理由を記載する

■ 人身事故の事実を確認するため、関係者の記名・押印をお願いします。

◆ 上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実には相違ありません。	
<input type="radio"/> 当事者 <input type="radio"/> 目撃者 <input type="radio"/> その他（ ） <small>※ 該当する項目に〇印をしてください</small>	<p>住所 〒 <input type="text" value="〇〇〇-〇〇〇〇"/> 記入日 <input type="text" value="〇〇年〇〇月〇〇日"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="text" value="〇〇市〇町〇〇〇番地"/> <input type="text" value="〇〇〇〇アパート〇〇〇号"/></p> <p>氏名 <input type="text" value="甲野太郎"/> 印</p> <p>電話 <input type="text" value="〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇"/></p>

（注）当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠償保険に請求（法第16条請求）する場合には、保険契約者側（契約者、運転者など）の方、または目撃者の方がご記入ください。賠償をした側が請求（法第15条請求）する場合には、賠償を受けた側の方、または目撃者の方がご記入ください。

（保険会社使用欄） 該当する口のすべてに✓する。

- 人身事故としての警察への届出の必要性について、説明しました。
- 請求関係書類の確認により、または以下の調査・確認により、人身事故の事実には相違ないことを確認しました。

責任者	担当者

◆ 確認日	◆ 確認先	◆ 確認方法
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
◆ その他・特記事項 {		

【 事案情報 被害者名： _____ 事故日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 】

保険会社使用欄は、保険会社で記載するため当事者で記載しない

交通事故証明書が発行されていない場合、または発行されている交通事故証明書に名前がない場合に限り、事故当事者、発生日時、発生場所等を記載する

○交通事故概要記入欄

(物件事故扱いの交通事故証明書にお名前が記載されている場合は、以下の項目は記載不要です。)

発 生 年 月 日 時		○○年○○月○○日 午前○○時○○分頃 天候 晴れ		
発 生 場 所		○○市○○町○○番地先路上		
甲	住 所	○○市○○町○○番地 ○○○○アパート○○○号 電話○○○ (○○○) ○○○○		
	氏 名	甲 野 次 郎	生 年 月 日	明・大 昭・平 ○○年○月○○日(10)才
	自賠償保 険契約先		自賠償保 険証明書番号	第 号
	登録番号		事 故 時 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
乙	住 所	電話 ()		
	氏 名		生 年 月 日	明・大 昭・平 年 月 日()才
	自賠償保 険契約先		自賠償保 険証明書番号	第 号
	登録番号		事 故 時 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
丙	住 所	電話 ()		
	氏 名		生 年 月 日	明・大 昭・平 年 月 日()才
	自賠償保 険契約先		自賠償保 険証明書番号	第 号
	登録番号		事 故 時 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
丁	住 所	電話 ()		
	氏 名		生 年 月 日	明・大 昭・平 年 月 日()才
	自賠償保 険契約先		自賠償保 険証明書番号	第 号
	登録番号		事 故 時 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
戊	住 所	電話 ()		
	氏 名		生 年 月 日	明・大 昭・平 年 月 日()才
	自賠償保 険契約先		自賠償保 険証明書番号	第 号
	登録番号		事 故 時 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他

※ 上記に事故当事者が記入できない場合には、別紙に必要事項を記載してください。