

人身事故証明書入手不能理由書

■ 人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった

(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)

警察への届出が物件事故扱い、事故の届出をしていない、事故証明書にお名前が記載されていない場合など、人身事故扱いの事故証明が発行できない時にご提出ください。

理由	<input checked="" type="radio"/> 受傷が軽微で、検査通院のみ(予定)
	<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)
	<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
	<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。)
※ 該当する項目に○印をしてください。 ※ 複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。	【理由】
	<input type="radio"/> その他(理由を具体的に記載してください。) 【理由】

◆ 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。

届出警察	<input checked="" type="radio"/> 警察 担当官 (判明している場合)	届出年月日	平成〇〇年 〇月 〇〇日
------	--	-------	--------------

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る、裏面の事故当事者、発生日時、発生場所等を

事故の相手、もしくは目撃者による記入・署名・捺印

■ 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 checked="" type="radio"/> 当事者	住所 〒 ×××-×××× 記入日 平成〇〇年 〇月 〇日
<input type="radio"/> 目撃者	〇〇県〇〇市××町5-6
<input type="radio"/> その他()	氏名 加 害 一 郎 加害
※ 該当する項目に○印をしてください	電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇

(注) 当欄は、賠償を求めた例(当事者、運転者など)の場合には、賠償を受けたい相手(加害者)の住所、氏名、電話番号、年齢、性別、職業、職業種別(法第16条第1項)を記載してください。賠償を求めない相手(加害者)の場合には、賠償を受けたい相手(加害者)の住所、氏名、電話番号、年齢、性別、職業、職業種別(法第16条第1項)を記載してください。

この欄には原則的に相手方の住所、署名・捺印が必要です。相手方からもらえず、やむなく当人が記入する場合は、負傷者が署名・捺印をしてください。あわせて、その理由を用紙下部の余白に書いてください。

例)
・過失割合に相違があり、同意が得られないため相手方から証明がもらえなかった。
・相手が協力をしてくれない。……

(保険会社使用欄) 該当する
 人身事故としての警察への届出
 請求関係書類の確認により、相違ないことを確認しました。

◆ 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: _____ 年 _____ 月 _____ 日 】

○交通事故概要記入欄

(物件事故扱いの交通事故

交通事故証明書が発行されない場合、または発行されている交通事故証明書にお名前が記載されていない場合は、事故当事者・発生日時・発生場所等を記入してください。

事故証明書入手不能理由書 裏面)

項目は記載不要です。)

発生年月日時		平成〇〇年〇月〇日		10時	15分頃	天候	晴れ
発生場所		東京都××市〇〇町南交差点					
甲	住所	〇〇県〇〇市××町5-6		電話 〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇			
	氏名	加害 一郎	生年月日	明・大昭・平	××年×月××日(××)才		
	自賠償保険契約先	〇●海上火災保険	自賠償保険証明書番号	第	ABCD123	号	
	登録番号	横浜◆◆あ●●●●●	事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他			
乙	住所			電話 ()			
	氏名	健保 花子	生年月日	明・大昭・平	××年×月××日(××)才		
	自賠償保険契約先	◇×〇損保	自賠償保険証明書番号	第	XYZ98765	号	
	登録番号	横浜▼▼い〇・〇〇〇	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。