

# 人身事故証明書入手不能理由書

＜個人情報  
本状記載の  
(関係先への  
取扱いについて  
の支払いを行うために利用させていただきます。＞

**記入例**

対応  
者  
保  
険  
金

- 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。)

理由  ※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。	<input checked="" 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 <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。) 【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け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	新宿 警察 ×× 担当官 (判明している場合)	届出年月日	平成 <input checked="" type="radio"/> 令和 1年 6月 7日

次ページへ [ 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、次ページの事故当事者、発生日時、発生場所等を記入してください。 ]

- 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 <input type="radio"/> 目撃者 <input type="radio"/> その他 ( ) ※ 該当する項目に○印をしてください	住所 〒 111 - 0012 記入日 令和 1年 7月 6日 東京都渋谷区〇丁目〇番地 氏名 組合 太郎 <input checked="" type="radio"/> (印) 電話 090 ( 9999 ) 9999
--	--

相手方 →

(注) 当欄は、賠償を求める側(当事者、目撃者、運転者など)の方、または賠償を受ける側の方、または目撃者の方から記入してください。  
 事故状況により、相手方から署名・捺印がもらえないときは、受診者の署名・捺印をする。

- (保険会社使用欄) 該当する□のすべてに☑する。
- 人身事故として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・令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日】

○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 午後	時	分頃	天候
発生場所								
甲	住所	電話 ( )						
	氏名			生年月日	大・昭 平・令	年	月	日( )才
	自賠責保険契約先			自賠責保険証明書番号	第	号		
	登録番号			事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他			
<p><b>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ない場合に限り、事故当事者、発生日時、発生場所等を記入してください。</b></p>								
当事者 丙	登録番号			事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他			
	住所	電話 ( )						
	氏名			生年月日	大・昭 平・令	年	月	日( )才
	自賠責保険契約先			自賠責保険証明書番号	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	大・昭 平・令	年	月	日( )才
	自賠責保険契約先			自賠責保険証明書番号	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	大・昭 平・令	年	月	日( )才
	自賠責保険契約先			自賠責保険証明書番号	第	号		
	登録番号			事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他			