

# 人身事故証明書入手不能理由書

保険会社 御中

- 1 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あっても、被害者の方の氏名の記載がない場合も記入してください。

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 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（予定を含む）ため <input type="radio"/> 公道以外の場所（駐車場・私有地等）で発生した事故のため <input type="radio"/> 事故当事者の事情のため（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
--	--

- 2 警察へ事故発生の届出をしている場合には、以下に記載してください。

届出警察署	警察署	担当官	届出年月日	年	月	日
-------	-----	-----	-------	---	---	---

- 3 次の場合は、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。

- ・ 交通事故証明書が発行されていない場合
- ・ 発行されている交通事故証明書に氏名が記載されていない場合

- 4 人身事故の事実を確認するため、関係者の記名・押印をしてください。

上記の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。

記入日 年 月 日

当事者 住所 〒

目撃者 氏名 印

その他 ( ) 電話番号 ( ) -

(注) 被害者請求（法第16条請求）の場合には、加害者側（運転者側）の方、または目撃者の方がご記入ください。  
加害者請求（法第15条請求）の場合には、被害者側の方がご記入ください。

※以下、保険会社使用欄

- 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"/> 医療機関 <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"/> 医療機関 <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"/> 医療機関 <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	被害者名	事故年月日

# 交通事故概要記入欄

(裏面)

物件事故扱いの交通事故証明書に、氏名が記載されている場合には、以下の項目は記入不要です。

事故発生年月日等		年	月	日	午前 午後	時	分	天候
事故の発生場所								
当事者	甲	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・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・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・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・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・歩行・その他 ( )					
己	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・歩行・その他 ( )					
庚	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・歩行・その他 ( )					