

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 <input type="checkbox"/> してください。 ※複数に該当する 場合は、すべてに <input type="checkbox"/> を入れてください。	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 事故当事者の事情(理由を具体的に記載してください。) <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin: 5px 0;"></div> <input type="checkbox"/> その他(理由を具体的に記載してください。) <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin: 5px 0;"></div>
--	--

◆ 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	警察 担当官 (判明している場合)	届出年月日	年 月 日
------	----------------------	-------	-------

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、別紙「交通事故概要記入欄」に事故当事者、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、関係者による記入をお願いします。

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。	
記入日: 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 当事者 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> その他() ※該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> してください	住 所 〒 氏 名 日中連絡可能な電話番号 TEL. ()

(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠責保険に請求(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。**取付不能の場合に限り賠償を受けた側が記入し、理由書を追加提出してください。**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。

[保険会社記入欄] 該当すべてにする

- 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

○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				
当事者	甲	住所	電話 ()	
		氏名	生年月日	昭和・平成・令和 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
	乙	住所	電話 ()	
		氏名	生年月日	昭和・平成・令和 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
	丙	住所	電話 ()	
		氏名	生年月日	昭和・平成・令和 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	昭和・平成・令和 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	昭和・平成・令和 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

※ 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。

理由書

私こと、被害者(乙) _____ は、人身事故証明書入手不能理由書の人身事故の事実と相違ないことの署名欄に運転者(甲)の署名を取り付けることが下記の理由により著しく困難であったため、やむを得ず人身事故の事実と相違ないことを証するため、自ら記入いたしました。

令和 年 月 日

住所

氏名

○運転者(甲)の署名を取り付けることが著しく困難であった理由

[]

以上