

人身事故証明書入手不能理由書

●×火災海上株式会社

御中

■ 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

(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)

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） <input type="radio"/> 受傷が軽微で、短期間で治療を終了した <input type="radio"/> 公道以外の場所（駐車場、私有地など） <input type="radio"/> 事故当事者の事情（理由を具体的に記載【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】	<input type="radio"/> 「物件事故」のとき <input type="radio"/> 交通事故証明書に受診者の名前がないとき に記入してください。
--	---	--

◆ 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	<b>西</b>	警察 担当官 (判明している場合)	届出年月日	<b>令和 1 年 3 月 25 日</b>
------	----------	----------------------	-------	------------------------

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。

■ 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 〒 <b>550 - 0013</b> <b>大阪市△△区□□5-5-5</b> 氏名 <b>鉄商 太郎</b> 電話 <b>06 ( 9999 ) 9999</b>	記入日 <b>29 年 5 月 10 日</b> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <b>印</b> </div>

(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。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□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・令

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		令和 1 年 3 月 25 日 午前 3 時 分頃 天候 曇			
発生場所		大阪市△△区○○○0-0 先路上			
当事者	甲	住所	大阪市△△区□□5-5-5 電話 ( )		
		氏名	鉄商 花子	生年月日 昭和 54 年 5 月 4 日 (37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	大阪000さ0000	事故時の状況 運転・同乗(甲 乙)・歩行・その他	
	乙	住所	ケガをされた方の氏名が事故証明書に載っていない時に、記入してください。		
		氏名			
		自賠償保険契約先			
		登録番号			
	丙	住所	電話 ( )		
		氏名	生年月日	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	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	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。