

人身事故証明書入手不能理由書

保険会社 御中

警察署への届が物損事故扱いの場合や事故の届を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必要な書類です

■ 人身事故扱いの交通事故証明書が入手できない理由 (人身事故扱いの交通時事故証明書が添付されている場合)

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(もしくは終了予定の)ため <input checked="" 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)。 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">【理由】</div> <input type="radio"/> その他(理由を具体的に記載してください)。 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">【理由】</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
------	----------------------	-------	-------

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も名前がない場合) 限り、裏面の事故当事者、発生日時、発生場所、事故の相手方、もしくは目撃者のご署名・ご捺印

■ 人身事故の事実を確認するため、関係者の署名もしくは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 2022年 2月 1日	
<input type="radio"/> 目撃者	大阪市西区○○○1-2-3		
<input type="radio"/> その他 []	氏名 健保 太郎		(印)
※該当する項目に○印をしてください。			
	電話 ○○ [○○○○] ○○○○		

(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16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。

事故の相手方、もしくは目撃者の方のご署名・ご捺印がもらえない場合は、空白欄に理由を記入のうえ、負傷者(親権者)がご署名ください。
 例)・相手と連絡がとれないため、相手方から署名をもらうことができない
 ・相手が協力してくれない 等

(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。

◆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 **交通事故証明にお名前が記載されている場合は、記載不要です。**

(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		2022 年 1 月 9 日 午前 10 時 15 分頃 天候 晴れ 午後				
発生場所		大阪市中央区〇〇〇7-8-9				
当事者	甲	住所	堺市△△町1-2-3		電話	〇〇 [〇〇〇] 〇〇〇〇
		氏名	大阪 三郎	生年月日	1986 年 10 月 23 日 [36] 才	
		自賠責保険契約先	〇〇〇〇損害保険(株)	自賠責保険証明書番号	第 ABC12345678 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	東大阪市〇〇〇町1-2-3 △△△マンション401号		電話	〇〇 [〇〇〇] 〇〇〇〇
		氏名	健保 花子	生年月日	1980 年 1 月 2 日 [42] 才	
		自賠責保険契約先	□□□火災海上(株)	自賠責保険証明書番号	第 XXX-987654Y 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	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	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	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。