

人身事故証明書入手不能理由書

(表面)

見本

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

<p>理由</p> <p>※該当する項目に○印をしてください。</p> <p>※複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。</p>	<p><input checked="" type="radio"/> 受傷が軽微で、検査通院のみ</p> <p><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)</p> <p><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</p> <p><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。)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">【理由】</div> <p><input type="radio"/> その他(理由を具体的に記載してください。)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 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	麹町警察 ○ 担当官 (判明している場合)	届出年月日	元年 5月 1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お名前がない場合限り、裏面の事故当事者、発行日時、発生場所等を記入してください。)

事故の相手方、もしくは目撃者のご署名・捺印

■ 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を取得していませんが、人身事故の事実に相違ありません。	
<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 〒156-0000 記入日 元年 5月 1日 東京都世田谷区〇-〇-1 <hr/> 氏名 協会 一郎 (印) 電話 03(XXXX)XXXX

(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、被害者側(契約者、運転者など)の方、または賠償を受けた側の方、または賠償を求められた側の方、または賠償を求められた側の方(保険会社使用欄) 該当

事故の相手方、もしくは目撃者の方のご署名・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・捺印ください。
 例) ・相手と連絡が取れないため、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 など

<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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、人身事故の事実に相違ないことを確認しました。	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: _____ 年 _____ 月 _____ 日]

○交通事故概要記入欄

見本

交通事故証明書にお名前が記載されている場合は、記載不要です。(す。)

発生年月日	令和元年 5月 1日	午前 午後	11時 15分頃	天候 晴れ
発生場所	東京都千代田区〇〇-1-1			
甲	住所	東京都世田谷区〇-〇-1		電話 03(XXXX)XXXX
	氏名	協会 一郎	生年月日	昭和 56年 10月 10日(26)才
	自賠責保険契約先	〇〇保険 株式会社	自賠責保険証明書番号	第 ABCD12345-XYZ 号
	登録番号	品川500あ〇〇〇〇	事故時の状況	運転 同乗(甲・乙)・歩行・その他
乙	住所	東京都港区〇〇1-1△△マンション101		電話 03(0000)0000
	氏名	健保 花子	生年月日	昭和 50年 3月 3日(32)才
	自賠責保険契約先	××海上保険 株式会社	自賠責保険証明書番号	第 ZYXW9876-001 号
	登録番号	品川555ん△△△△	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。