

ご記入箇所

人身事故証明書入手不能理由書

<個人情報の利用目的>
本状記載の個人情報につきましては、保険事故への対応(関係先への照会等の事実関係の調査や関係する損害保険について損害保険会社間での確認を含みます)、保険金のお支払を行う為に利用させて頂きます。

御中

設問に沿ってご記入下さい

■ 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下さい。

(人身事故扱いの交通事故証明書が添付されていても、被害者のお名前がない場合は、記入して下さい)

理由 ※該当する項目に○印をして下さい ※複数該当する場合はすべてに○印をして下さい	<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 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(理由を具体的に記載して下さい)
	【理由】 <input type="text"/>
	<input type="radio"/> その他(理由を具体的に記載して下さい)
	【理由】 <input type="text"/>

◆ 警察へ事故発生の届出を行っている場合には、以下に記載して下さい。

届出警察	<input type="radio"/> 警察 <input type="radio"/> 担当官 (判明している場合)	届出年月日	平成□□年□□月□□日
------	------------------------------------------------------------------	-------	-------------

裏面へ { 交通事故証明書が発行されていない場合、又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、裏面の事故該当者・発生日時・発生場所等を記入して下さい。

■ 人身事故の事実を確認するため、関係者の氏名・押印をお願い致します。

◆ 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 type="radio"/> 当事者	住所 <u>〒151-0053 東京都渋谷区代々木2-7-7</u>
<input type="radio"/> 目撃者	氏名 <u>大楠 太郎</u> (印)
<input type="radio"/> その他()	電話 <u>03(111)1234</u>
※ 該当する項目に○印をして下さい	
	記入日 平成□□年□□月□□日

注) 当欄は賠償を求める側が直接、自賠償保険に請求(法第16条請求)する場合には、保険契約者側(契約者運転者等)の方、又は目撃者の方がご記入下さい。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、又は目撃者の方がご記入下さい。

(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、又は以下の調査・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	明・大 昭・平	年	月	日()	才	
		自賠責保険 契約先		自賠責保険 証明書番号						
		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	明・大 昭・平	年	月	日()	才	
		自賠責保険 契約先		自賠責保険 証明書番号						
		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	明・大 昭・平	年	月	日()	才	
		自賠責保険 契約先		自賠責保険 証明書番号						
		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	明・大 昭・平	年	月	日()	才	
		自賠責保険 契約先		自賠責保険 証明書番号						
		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	明・大 昭・平	年	月	日()	才		
	自賠責保険 契約先		自賠責保険 証明書番号							
	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下さい。