

人身事故証明書入手不能理由書

〇〇海上火災保険株式会社 宛

■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	<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 checked="" 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
※該当する項目に 〇印をしてください。 ※複数に該当する 場合は、すべてに 〇印をしてください。	<input 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。）
	【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】

人身事故扱いにならなかった理由を選び、〇印を記入してください。

◆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	〇〇警察 △△担当官 (判明している場合)	届出年月日	〇〇年△△月××日
------	-------------------------------	-------	-----------

裏面へ

賠償を求める側（被害者）が請求する場合は、第三者の署名・捺印を受けます。第三者の署名・捺印が取り付けできないときは、被害者が署名・捺印した上で、上記の「理由」「その他」【理由】欄へ経緯説明を記入してください。

■人身事

◆上記理	住所 〒 520-0000 記入日 〇〇年△△月××日
	滋賀県〇〇市△△町××-××
当事者 <input type="radio"/> 目撃者 <input type="radio"/> その他 ()	氏名 滋賀 花子
※該当する項目に 〇印をしてください。	電話 077 (△△) ××××

(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) 該当する口のすべてにレする。

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、人身事故の事実と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		〇〇年△△月××日 午前 午後 〇〇時△△分頃 天候 晴			
発 生 場 所		滋賀県〇〇市△△町××-××			
当 事 者	甲	住 所	滋賀県〇〇市△△町××-×× 電話 (077) △△△-××××		
		氏 名	滋賀 花子	生 年 月 日 明・大・昭・平〇〇年△△月××日(〇〇)才	
		自賠償保 険契約先	〇〇海上火災保険株式会社	自賠償保 険 証 明 書 番 号	第 〇〇〇〇〇 号
		登録番号	滋賀999 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	滋賀県〇〇市△△町××-×× 電話 (077) △△△-××××		
		氏 名	広域 太郎	生 年 月 日 明・大・昭・平〇〇年△△月××日(〇〇)才	
		自賠償保 険契約先	××損害保険株式会社	自賠償保 険 証 明 書 番 号	第 ××××× 号
		登録番号	滋賀 999 い 〇〇〇〇	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 明・大・昭・平 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 明・大・昭・平 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。