

人身事故証明書入手不能理由書

(表面)

保険会社 御中

■ 人身事故扱いの交通事故証明書が

(人身事故扱いの交通事故証明書が添付されて

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。

○ 受傷が軽微で、

○ 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

○ 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

○ 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】

○ その他(理由を具体的に記載してください。)

【理由】

◆ 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

届出年月日

○ 年 ○ 月 ○ 日

(判明している場合)

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

◆ 上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実と相違ありません。

○ 当事者

○ 目撃者

○ その他 ()

※ 該当する項目に
○印をしてください

住所 〒○○○-○○○○

氏名 九州 一郎

電話 ○○○ (○○○) ○○○○

記入日 ○ 年 ○ 月 ○ 日

(注) 当欄は、賠償を求める側、直接、自賠責保険に請求(法第16条請求)する側の記入欄(契約者、運転者など賠償を受ける側)は記入不要です。

事故の相手方、もしくは目撃者の署名、捺印がもらえない場合は、空白欄に理由を記入の上、負傷者が署名、捺印してください。※現在は捺印は不要となりました。

例)・相手方と連絡が取れないため、相手方から署名をもらうことはできません。
・相手方が協力してくれません。

□ 人身事故としての事実と相違ないことを確認しました。

□ 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。

◆ 確認日

◆ 確認先

◆ 確認方法

年 月 日

○病院 ○目撃者 ○運転者 ○被害者 ○修理工場 ○その他()

○電話 ○文書 ○面談

年 月 日

○病院 ○目撃者 ○運転者 ○被害者 ○修理工場 ○その他()

○電話 ○文書 ○面談

年 月 日

○病院 ○目撃者 ○運転者 ○被害者 ○修理工場 ○その他()

○電話 ○文書 ○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

(裏面)

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。
(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

○ 時 ○ 分頃

天候

晴

午後

発生場所

甲佐町大字○○番○号

甲

住所

甲佐町大字△△番

電話 ()

氏名

九州 一郎

生年月日

大・昭平・令

○ 年 ○ 月 ○ 日 (○) 才

自賠責保険契約先

**自動車共済

自賠責保険証明書番号

第 1111111 号

登録番号

熊本51か0000

事故時の状況

運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他

乙

住所

甲佐町大字□□番

電話 ()

氏名

熊本 花子

生年月日

大・昭平・令

○ 年 ○ 月 ○ 日 (○) 才

自賠責保険契約先

〇〇火災海上保険

自賠責保険証明書番号

第 2222222 号

登録番号

熊本51き0000

事故時の状況

運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他

当事者

丙

住所

甲佐町大字◇◇番

電話 ()

氏名

熊本 太郎

生年月日

大・昭平・令

○ 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

大・昭平・令

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

大・昭平・令

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。