

人身事故証明書入手不能理由書

習志野市役所

御中

- 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。)

<p>理由</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください。 ※ 複数の該当する場合は、すべてに○印をしてください。</p>	<p><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</p> <p><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</p> <p><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</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。） 【理由】</p> <p><input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。） 【理由】</p>
◆ 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	<p>習志野 警察 担当官</p> <p>（判明している場合）</p>
届出年月日	令和〇年 11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に限り、裏面の事故当事者、発生日時、発牛場所等を記入してください。

事故の相手方、もしくは目撃者の御署名または記名押印

- 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： 〒 000-0000 記載日 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
<input type="radio"/> 目撃者	習志野市〇〇1-2-3-101
<input type="radio"/> その他（ ）	氏名： 鷺沼 次郎 (印)
※ 該当する項目に○印をしてください	電話： 090-1111-0000

(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接（相手方）に請求（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）に、賠償を請求する場合は、賠償を請求する側が、相手方から署名をもらうことができません。

事故の相手方、もしくは目撃者の方の御署名または記名押印がもらえない場合は、余白に理由を記入の上、当事者に○印をつけて、被害者（親権者）が御署名または記名押印してください。
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ません。
・相手が協力してくれません。

(保険会社使用欄)
 人身事故として

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 時 分頃 天候		
発生場所				
当 事 者	甲	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
	乙	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
	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。