

記載例②（事故証明書なし）人身事故証明書入手不能理由書

○×損害保険株式会社 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。)

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。	<input checked="" 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】
◆ 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 (判明している場合)
届出年月日	令和×年×月×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、人身事故の事実と相違ありません。	
<input checked="" type="radio"/> 当事者	住所：〒XXX-XXXX 記載日 令和×年×月×日
<input type="radio"/> 目撃者	加害者 ▲▲市★★町27-1
<input type="radio"/> その他 ()	氏名：加害 一郎 <input checked="" type="radio"/>
※ 該当する項目に○印をしてください	電話：080-888-8888

(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠償保険に請求（法第110条の2第1項第1号、運転者など）の方、または目撃者の方がご記入ください。賠償を受けた側の方、または目撃者の方がご記入ください。

事故状況等により、加害者から署名・捺印がもらえない時は、その理由を記入し、被害者の署名・捺印をする。

(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、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
月 年 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
月 年 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
月 年 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		令和×年×月×日			9時0分頃	天候	晴れ
発生場所		〇〇県▲▲市★★町××番地先路上					
甲	住所	▲▲市★★町27-1			電話	080(888)8888	
	氏名	加害 一郎	生年月日	平成×年×月×日××才			
	自賠償保険契約先	〇×損害保険株式会社		自賠償保険証明書番号	第 ΔAO×55555 号		
	登録番号	▲▲58005555	事故時の状況	ⓧ・同乗(甲・乙)・歩行・その他			
乙	住所	▲▲市△△△町11-1			電話	076(222)2222	
	氏名	広域 太郎	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日〇〇才			
	自賠償保険契約先	△△共済連		自賠償保険証明書番号	第 △△V111111 号		
	登録番号	▲▲33001111	事故時の状況	ⓧ・同乗(甲・乙)・歩行・その他			
丙	住所	□□市▲▲町20-25番地			電話	0761(11)1111	
	氏名	後期 年男	生年月日	昭和△△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	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	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			

表面の請求先保険会社と同じ

加害者

被害者

乙の同乗者

※ 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。