

○△□×○△□×保険会 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 | 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、人身事故の事実には相違ありません。

| | | | |
|--------------------------------------|------------|-------------------|------------------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> 当事者 | 加害者 | 住所 〒××××-×××× | 記入日 ××年 ××月 ××日 |
| <input type="radio"/> 目撃者 | | 〇〇県△△市□□町××丁目××-× | |
| <input type="radio"/> その他() | | 氏名 加 害 一 郎 | <input checked="" type="radio"/> 印 |
| ※ 該当する項目に○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
 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。
 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。

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 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。 | 責任者 | 担当者 |
| <input type="checkbox"/> 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 午前 10時 30分頃 天候 晴れ 午後 | |
| 発生場所 | | ○○県■■市▼▼町第××号××番地付近 | |
| 甲 加害者 | 住所 | ○○県△△市□□町××丁目××-× 電話 077×(××)×××× | |
| | 氏名 | 加害一郎 | 生年月日 明・大昭平 ××年×月××日(××)才 |
| | 自賠償保険契約先 | ○△□×○△□×保険会社 | |
| | 登録番号 | 福井×××か×××× | 事故時の状況 運転 ・同乗(甲・乙)・歩行・その他 |
| 乙 被害者 | 住所 | ○○県■■市▼▼町××丁目××-× 電話 090(××××)×××× | |
| | 氏名 | 国保太郎 | 生年月日 明・大昭平 ○年○○月○日(○○)才 |
| | 自賠償保険契約先 | ◇×○損保 | |
| | 登録番号 | 福井×××さ・××× | 事故時の状況 運転 ・同乗(甲・乙)・歩行・その他 |
| 当 事 者 丙 乙の同乗者 | 住所 | ○○県◇◇市◆◆町第××号×番地 電話 080(××××)×××× | |
| | 氏名 | 後期数夫 | 生年月日 明・大昭平 ○○年○月○日(○○)才 |
| | 自賠償保険契約先 | 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 | 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 | 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。