

記載例

人身事故証明書入手不能理由書

(あて先) 京都市長

■ 人身事故扱いの (人身事故扱いの交)

この書類は、交通事故証明書が「物損事故」扱いになっている場合、又は交通事故証明書に被害者(被保険者)の氏名が記載されていない場合等に必要です。

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 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又は終了予定のため
	<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(具体的に記載してください。)
	【理由】
	<input type="radio"/> その他(具体的に記載してください。)
	【理由】

◆ 警察に届け出ている場合には、以下に記載してください。

届出警察	○×△ 警察署	届出年月日	令和2年 1月 1日
------	---------	-------	------------

交通事故証明書が発行されていない場合、又は発行されている交通事故証明書に被害者のお名前がない場合は、裏面にも記入してください。

■ 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	住所 〒606-0917 記入日 令和2年 1月 1日
<input type="radio"/> 目撃者	京都市左京区松ヶ崎堂ノ上町7-2
<input type="radio"/> その他()	氏名 国保 一郎
※ 該当する項目に○印をしてください	電話 (075) 999-9999

※この欄は基... 被害者の方がご記入ください。もし、やむを得ない事情により、加害者の方に記入していただくこともできます。

【重要】記入された方に○を、また日付・住所・氏名・連絡先電話番号の記入をお願いします。

【重要】押印(認印可)をお願いします。

□ 請求関係書類の確認により、又は以下の調査・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	<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	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
◆ その他・特記事項		

保険会社使用欄は記入不要です。

【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		年	月	日	午前	時	分頃	天候	
発生場所									
当事者	甲	住所							
		氏名							
		自賠償保険契約先	証明	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	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					
	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						

交通事故証明書に被害者(被保険者)の氏名が記載されていない場合はこちらにもご記入ください。

※ 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。