

〇〇保険

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

※ 該当する項目に〇印をしてください。
※ 複数に該当する場合は、すべてに〇印をしてください。

- 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため
- 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】
〇〇のため

その他（理由を具体的に記載してください。）

【理由】
〇〇のため

◆ 警察へ、事故発生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	〇〇 警察	〇〇 担当官	届出年月日	令和3年〇月〇日
------	-------	--------	-------	----------

(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、ない場合に限り、裏面の事故当事者、発生日

相手側の署名または記名押印をお取付けください。相手側の署名または記名押印がお取付けできない場合は、受診者側の署名または記名押印と理由を「その他」にご記入いただくようお願いいたします。

■ 人身事故の事実を確認するため、関係者の署名も

◆ 上記理由により人身事故証明書は取得していません

当事者 住所：〒 XXX XXXX 記帳 令和3年〇月〇日

目撃者 〇〇県〇〇市〇〇-〇

その他 (〇〇) 氏名： 〇〇 〇〇

※ 該当する項目に〇印をしてください 電話： XXXX-XX-XXXX

(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）する場合には、保険契約者側（契約者、運転者など）の方、または目撃者の方をご記入ください。賠償をした側が請求（法第15条請求）する場合には、賠償を受けた側の方、または目撃者の方をご記入ください。

- (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
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： 芦屋 花子 事故日： 令和3年 8月 1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3年 8月 1日 午後 6時 40分頃 天候 晴			
発生場所		芦屋市〇〇町△△-△路上			
当事者	甲	住所	兵庫県芦屋市××町××-×		電話 XXXX(XX)XXXX
		氏名	国保 太郎	生年月日	〇年〇月〇日〇才
		自賠責保険契約先	〇〇保険	自賠責保険証明書番号	第XXXXXXXXXX号
		登録番号	XXXXXXXXXX	事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
	乙	住所	兵庫県芦屋市〇〇町〇〇-〇		電話 XXXX(XX)XXXX
		氏名	芦屋 花子	生年月日	〇年〇月〇日〇才
		自賠責保険契約先	おケガをされた方が乙となります。		号
		登録番号			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。