

保険会社 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 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。） <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 5px;">【理由】</div> <input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。） <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 5px;">【理由】</div>
---	--

◆ 相手方の記名・押印が必要です。
 相手方の記名・押印が得られない場合は、受給者の記名・押印をしてください。
 併せて相手方の記名・押印が得られない理由を、余白に記入してください。

※自分の過失が大きい為、加害者の記名・押印が得られなかった。

■ 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 type="radio"/> 当事者 <input type="radio"/> 目撃者 <input type="radio"/> その他（ ） ※ 該当する項目に○印をしてください	住所 〒 _____ 記入日 年 月 日 氏名 _____ (印) 電話 () _____
--	--

(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、または目撃者の方がご記入ください。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、または目撃者の方がご記入ください。

(保険会社使用欄) 該当する口のすべてに✓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、人身事故の事実には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： _____ 事故日： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 】

受給者・相手方記入

○交通事故概要記入欄

発 生 年 月 日 時		年 月 日 午前 午後			時 分頃 天候
発 生 場 所					
当 事 者	甲	住 所	電話 ()		
		氏 名	生 年 月 日	大・昭 平・令	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	
	乙	住 所	電話 ()		
		氏 名	生 年 月 日	大・昭 平・令	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	大・昭 平・令	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	大・昭 平・令	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	大・昭 平・令	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氏名が無い場合
(受給者が同乗者の場合等)に限り、記入してください。

※ 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。