

人身事故証明書入手不能理由書

上田市国民健康保険 御中

該当する項目に○をつける（複数可）

■ 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。） 【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】 相手方と連絡が取れないため、自分自身で署名捺印した。	

相手の方から署名捺印をもらえない場合には、その理由を記載する

◆ 警察へ、事故発生時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	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	警察	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	担当官	届出年月日	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	年	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	月	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	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、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。

原則、事故の相手方の署名・捺印を記載する

◆ 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	住所：	〒 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> - <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	記載日	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	年	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	月	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	日
<input type="radio"/> 目撃者	〇〇市〇〇 〇-〇-〇〇								
<input type="radio"/> その他（ <input type="radio"/> ）	氏名：	上田 太郎						<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
※ 該当する項目に○印をしてください		電話：	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇						

（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。

保険会社使用欄は、保険会社で記載するため当事者での記載は不要

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
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"/> ）	<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"/> ）	<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"/> ）	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
◆ その他・特記事項		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

【 事案情報 】

被害者名： _____

明書に名前がない場合に限り、事故当事者、発生日時、発生場所等を記載す

○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		〇〇年〇月〇日		午前 午後	〇時〇分頃	天候	晴れ
発生場所		〇〇市〇〇 〇〇丁目〇〇番地 〇〇アパート 駐車場					
甲	住所	〇市〇〇 〇〇丁目〇〇番地 〇〇アパート 駐車場		電話		〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇	
	氏名	上田 次郎	生年月日	明・大	〇〇年〇月〇〇日(〇〇才)		
	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			
乙	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			
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。