

人身事故証明書入手不能理由書

(あて先) 京都府後期高齢者医療広域連合

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

※この欄は基本的には加害者の方をご記入ください。ただし、やむを得ない事情により、加害者の方に記入していただけない場合は、被害者の方、又は目撃者の方をご記入いただくこともできます。

(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、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。

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: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	電話 ()					
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	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				
	乙	住所	電話 ()					
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	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	明・大 昭・平	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	明・大 昭・平	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	明・大 昭・平	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。