

人身事故証明書入手不能理由書 (表面)										
<p>■ 人身事故扱いの交通事故証明書が (人身事故扱いの交通事故証明書が添付されて...</p> <p>理由</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 受傷が軽微で、 <input checked="" 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。) <p>※ 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。</p> <p>【理由】</p> <p>○ その他(理由を具体的に記載してください。)</p> <p>【理由】</p>										
<p>◆ 警察へ、事故発生の届出を行っている場合には、以下に記載してください。</p> <p>届出警察 <input type="radio"/> 警察 <input type="radio"/> 担当官 届出年月日 <input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日 (判明している場合)</p>										
<p>裏面へ</p> <p>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。</p> <p>■ 人身事故の事実を確認するため、関係者</p> <p>◆ 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。</p> <p><input type="radio"/> 当事者 <input type="radio"/> 目撃者 <input type="radio"/> その他 ()</p> <p>住所 〒 <input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/> 記入日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日</p> <p>氏名 <input type="text"/> 九州 一郎</p> <p>電話 <input type="text"/> (<input type="text"/>) <input type="text"/></p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください</p> <p>(注) 当欄は、賠償を求める側、直接、自賠責保険に請求(法第16条請求)する側の記入欄(契約者、運転者など賠償を受ける側)です。</p> <p>事故の相手方、もしくは目撃者の署名、捺印がもらえない場合は、空白欄に理由を記入の上、負傷者が署名、捺印してください。※現在は捺印は不要となりました。</p> <p>例) ・相手方と連絡が取れないため、相手方から署名をもらうことはできません。 ・相手方が協力してくれません。</p> <p>(保険会社使用欄)</p> <p><input type="checkbox"/> 人身事故としての... <input type="checkbox"/> 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。</p> <p>◆ 確認日 ◆ 確認先 ◆ 確認方法</p> <table border="1"> <tr> <td>年 月 日</td> <td><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()</td> <td><input type="checkbox"/>電話 <input type="checkbox"/>文書 <input type="checkbox"/>面談</td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td><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()</td> <td><input type="checkbox"/>電話 <input type="checkbox"/>文書 <input type="checkbox"/>面談</td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td><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()</td> <td><input type="checkbox"/>電話 <input type="checkbox"/>文書 <input type="checkbox"/>面談</td> </tr> </table> <p>◆ その他・特記事項</p> <p>[事案情報 被害者名: _____ 事故日: _____ 年 _____ 月 _____ 日]</p>		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
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								

交通事故概要記入欄 (裏面)	
<p>○ 交通事故概要記入欄</p> <p>交通事故証明書にお名前が記載されている場合は、記載不要です。</p> <p>(物件...)</p>	
発 生 年 月 日 時	<input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日 <input type="radio"/> 午前 <input type="radio"/> 午後 <input type="radio"/> 時 <input type="radio"/> 分頃 天候 <input type="text"/> 晴
発 生 場 所	熊本市〇区〇〇
住 所	熊本市〇区〇〇**丁目*番*号 電話 () ()
氏 名	九州 一郎 生年月日 大・昭平・令 <input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日 (<input type="radio"/>) 才
自賠責保険契約先	* 自動車共済 自賠責保険証明書番号 第 1111111 号
登録番号	熊本51か0000 事故時の状況 <input checked="" type="radio"/> 運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
住 所	熊本市△区△△**丁目*番*号 電話 () ()
氏 名	熊本 花子 生年月日 大・昭平・令 <input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日 (<input type="radio"/>) 才
自賠責保険契約先	〇〇火災海上保険 自賠責保険証明書番号 第 2222222 号
登録番号	熊本51き0000 事故時の状況 <input checked="" type="radio"/> 運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
住 所	熊本市△区△△**丁目*番*号 電話 () ()
氏 名	熊本 太郎 生年月日 大・昭平・令 <input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日 (<input type="radio"/>) 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 <input checked="" type="radio"/> 運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
住 所	_____ 電話 () ()
氏 名	_____ 生年月日 大・昭平・令 _____ 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 <input type="radio"/> 運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
住 所	_____ 電話 () ()
氏 名	_____ 生年月日 大・昭平・令 _____ 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 <input type="radio"/> 運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
<p>※ 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。</p>	