

■ 人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった理
(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

警察署への届が物損事故扱いの場合や事
故の届出をされていない場合など人身事故
扱いの事故証明が発行できない時に必要な
書類です

<p>理由</p> <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><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</p> <p><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)</p> <p><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</p> <p><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> <p>【理由】</p> <p>_____ _____</p> <p><input type="radio"/> その他(理由を具体的に記載してください。)</p> <p>【理由】</p> <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。					
届出警察	前橋警察署	担当官	〇〇	届出年月日	H25年1月4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、発行日時、発生場所等を記入し

事故の相手方、もしくは目撃者のご署名、ご捺印

■ 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を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><input checked="" type="radio"/> 当事者</p> <p><input type="radio"/> 目撃者</p> <p><input type="radio"/> その他 ()</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください</p>	<p>住所 〒 570-0000 記入日 平成 25年 1月 29日</p> <p>横崎市 □□□町 9-9-999</p> <p>氏名 相手 加害者 (印)</p> <p>電話 027(666)9999</p>

(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接転者などの方、または目撃者の方、または目撃者の方、または目撃者の方

(保険会社使用欄) 該当す

人身事故としての警察への届出
 請求関係書類の確認により、また相違ないことを確認しました。

事故の相手方、もしくは目撃者のご署名、ご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(親権者)**が、ご署名、ご捺印下さい。
例: 相手と連絡が取れないため、署名をもらえません。
: 相手が協力してくれません。..など

◆ 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 】

交通事故証明にお名前が記載されている場合は、記入不要です。

○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		25年 1月 1日 午前 11時 15分頃 天候 晴			
発生場所		前橋市国領町 9-9-9			
当事者	甲	住所	横崎市 □□□町 9-9-999		電話 027-666-9999
		氏名	相手 加害者	生年月日	明・大昭・平 61年 10月 11日 26才
		自賠責保険契約先	〇〇保険 株式会社	自賠責保険証明書番号	第 ABCD12345-XYZ 号
		登録番号	群馬 500あ9999	事故時の状況	運転 ・同乗(甲・乙)・歩行・その他
	乙	住所	前橋市 ▲▲▲町9-9-9		電話 027-888-8888
		氏名	健保 三郎	生年月日	明・大昭・平 6年 5月 5日 18才
		自賠責保険契約先	▲▲〇海上保険	自賠責保険証明書番号	第 EE222-6868-11 号
		登録番号	赤城 511ぐ1234	事故時の状況	運転 ・同乗(甲・乙)・歩行・その他
	丙	住所	前橋市 ▲▲▲町9-9-9		電話 027-888-8888
		氏名	健保 一郎	生年月日	明・大昭・平 40年 7月 7日 47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。