

- ・交通事故証明書が物件事故だった場合
- ・交通事故証明書が発行できない又は氏名の記載がない場合に記入 裏面あり

(様式第4号)

## 人身事故証明書入手不能理由書

御中

人身事故扱いの証明書が発行されない理由に○印をつけてください。理由欄がある項目については必ず具体的に記入してください。

。 ( )  
場合は、記入してください。)

|   |  |
|---|--|
| <p style="text-align: center;">理 由</p> <p style="font-size: small;">※ 該当する項目に○印をしてください。<br/>※ 複数の該当する場合は、すべてに○印をしてください。</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> <li>○ 事故当事者の事情（理由を具体的に記載してください。）<br/>【理由】<br/>_____</li> <li>○ その他（理由を具体的に記載してください。）<br/>【理由】<br/>_____</li> </ul> |
|---|--|

警察に届出を行っている場合に記入

◆ 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 | 警察 担当官<br>(判明している場合) | 届出年月日 | 年 月 日 |
|------|----------------------|-------|-------|

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。 )

相手方又は本人等関係者の署名又は記名押印

■ 人身事故の事実を確認するため、関係者の署名又は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     | 住所： 〒 _____ | 記載日       | 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： _____ | ※署名又は記名押印 |

(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□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： \_\_\_\_\_ 年 月 日

・交通事故証明書が発行できない又は氏名の記載がない場合に記入

交通事故が起きた日付・時間および場所（住所）

故概要記入欄  
 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 | 時 | 分頃 | 天候 |
| 発生場所   |          |            |                   |   |   |    |    |
| 甲      | 住所       | 電話 ( )     |                   |   |   |    |    |
|        | 氏名       | 生年月日       | 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       | 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       | 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       | 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       | 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 |   |   |    |    |

相手方について記入

事故に遭った本人について記入

その他事故の関係者（同乗者等）がいれば記入

※ 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。