

人身事故証明書入手不能理由書

倉敷市国民健康保険 御中

記入例

- 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。	<ul style="list-style-type: none"><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 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。） 【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】
--	---

◆ 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	<input checked="" type="radio"/> 警察	担当官	届出年月日	<input checked="" type="radio"/> 年 <input checked="" type="radio"/> 月 <input checked="" type="radio"/> 日
------	-------------------------------------	-----	-------	--

原則、当欄は加害者に記入していただくようになります。
加害者の協力が得られない等の理由で被害者が記入する場合は、欄外にその理由を記入してください。

- 人身事故の事実を認める旨の届出を提出している場合は、以下に記入してください。押印をお願いします。

◆ 上記理由	ありませんが、人身事故の事実には相違ありません。		
<input checked="" type="radio"/> 当事者	住所：	〒 000-0000	記載日 <input checked="" type="radio"/> 年 <input checked="" type="radio"/> 月 <input checked="" type="radio"/> 日
<input type="radio"/> 目撃者		▲▲市★★27-1	
<input type="radio"/> その他（ ※ 該当する項目に○印をしてください	氏名：	国保 花子	<input checked="" type="radio"/> 印
	電話：	086 (112) 1112	

(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
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"/> 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"/> 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"/> 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		×時×分頃		天候		晴れ		
発生場所		▲▲市★★30-5								
当事者	甲	住所	倉敷市▲▲▲11-1			電話	086(333)1111			
		氏名	倉敷 一郎		生年月日	××年×月×日×才				
		自賠償保険契約先	△△保険株式会社		自賠償保険証明書番号	第 1.1122E+10 号				
		登録番号	岡山11は1111		事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他				
	乙	住所	▲▲市★★27-1			電話	086(112)1112			
		氏名	国保 花子		生年月日	××年×月×日×才				
		自賠償保険契約先	〇〇保険株式会社		自賠償保険証明書番号	第 1.2346E+10 号				
		登録番号	岡山55は5555		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					

※ 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。