

# 人身事故証明書入手不能理由書

当 事 者	運 転 者 (甲)	住 所	電話番号		
		氏 名	生 年 月 日	大・昭 平・令	年 月 日 ( 才 )
		自 賠 責 保 險 契 約 先	自 賠 責 保 險 証 明 書 番 号	第	号
		登 録 番 号	車 台 番 号		
	被 害 者 (乙)	住 所	電話番号		
		氏 名	生 年 月 日	大・昭 平・令	年 月 日 ( 才 )
		自 賠 責 保 險 契 約 先	自 賠 責 保 險 証 明 書 番 号	第	号
		登 録 車 両 番 号	事 故 時 態 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他	
事 故 発 生 日 時	令和 年 月 日		午前 午後	時 分 頃 天候	
事 故 発 生 場 所	において				
届 出 警 察	警察( 担当官)	届出年月日	令和 年 月 日		
人 身 事 故 証 明 書 入 手 不 能 理 由					

◇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。

○ 運転者(甲) 令和 年 月 日

○ 被害者(乙) 住 所 \_\_\_\_\_

○ その他 \_\_\_\_\_ 電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

( ) 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

(注) 当該自認欄は、被害者請求(法第16条請求)の場合には、原則運転者(甲)側の方がご記入ください。  
加害者請求(法第15条請求)の場合には、原則被害者(乙)側をご記入ください。

(保険会社使用欄)

<input type="checkbox"/> 本理由書および損害立証資料に基づき、人身事故の事実を確認しました。 令和 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 損害立証資料のほか、当社の調査に基づき、人身事故の事実を確認しました。 (別紙参照)	責任者 担当者
<input type="checkbox"/> その他 ( )	