

人身事故証明書入手不能理由書

※ 被害者(乙)は、届出する健康保険で診療を受けた方を記入してください。

当 事 者	運 転 者 (甲)	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	車台番号			
	被 害 者 (乙)	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	
		登録車両番号	事故時の状態	運転 ・同乗(甲・乙) ・歩行 ・その他		
発 生 年 月 日		年 月 日 (午前 ・ 午後) 時 分 ごろ 天候				
発 生 場 所		において				
届 出 警 察		警 察 担 当 官	届出年月日	年 月 日		
甲・乙 以外の 当事者	住 所	氏 名				
	自賠責保険 契約先	自賠責保険 証明書番号	第	号		
人身事故扱いの交通事故証明書を入手できない理由						
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) 住 所 平成 年 月 日 〔 取付不能の場合に限り保有者(使用車) 〕 電 話 () 氏 名 印						
上記事故を目撃したことを証明いたします。						
目 撃 者 住 所 平成 年 月 日 電 話 () 氏 名 印						

※ 事故の相手側か目撃者の署名捺印が必要です

平成 年 月 日

届 出 人 住 所
氏 名

印