

被災受付
FAX送信票

茨城県職員組合 行

FAX番号：029-301-6143

被災受付票

受付日時	年 月 日 時 分	受付者 (印)	
------	-----------	------------	--

県	茨城	組合名		組合No	職員No	
契約者	カナ 氏	名	昭 平 19	生年月日 年 月 日	年齢 歳	
連絡先	携帯電話	第一連絡先 第二連絡先	- -	続柄 : <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他()		
	自宅電話		- -	続柄 : <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他()		
物件所在地	〒	- (※)日中連絡が取れる番号を優先的に記入願います。 ご家族の番号でもかまいません。				
現住所	<input type="checkbox"/> 物件所在地と現住所は同一です。 <input type="checkbox"/> 物件所在地と現住所が異なります。 → 現住所をご記入ください					

事故発生日	年 月 日	事故原因	<input type="checkbox"/> 風水害 <input type="checkbox"/> 地震 <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 落雷 <input type="checkbox"/> その他()
損害状況	<input type="checkbox"/> 損壊 <input type="checkbox"/> 床上浸水 [浸水面積 : 全床面 (<input type="checkbox"/> 50%以上 · <input type="checkbox"/> 50%未満) / 浸水高()cm] <input type="checkbox"/> 流失 <input type="checkbox"/> 焼損		
損害内容	<わかる範囲で状況をご記入ください。>		
契約内容	<input type="checkbox"/> 基本型 <input type="checkbox"/> 火災共済 <input type="checkbox"/> 自然災害共済	他保険加入	<他保険・共済に火災保険等のご契約がございましたらご記入ください。> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

<以下、県支部使用欄>

県支部受付		備考
-------	--	----