

# 災害調査依頼書

奈良県市町村職員共済組合保険課 御中

依頼日： 令和 年 月 日 所属所名： \_\_\_\_\_ 担当者氏名： \_\_\_\_\_

	組合員等証番号	氏 名	り 災 住 所	損 害 の 程 度 (損害の状況)	備 考
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

※ 別紙「ファクシミリの送信について」をよく確認のうえ、報告願います。  
り災住所が別居の被扶養者宅である場合、備考欄にその旨記載してください。  
調査日は、後日打ち合わせの上連絡します。  
共済組合 F A X ( 0 7 4 4 - 2 9 - 8 2 7 1 )