

Willnext 共済制度

日本看護学校協議会共済会 共済制度
事務代行会社 (株)メディックプランニングオフィス 宛
FAX:0120-035466

⑤自然災害における損害 報告書兼請求書

ご記入日:西暦 年 月 日

加入者 (被保険者)	フリガナ		会員番号	
	氏名		日中の 連絡先	TEL: ()
	住所	〒		メール:

■報告者欄 ※加入者と報告者が同じ場合は、加入者欄のみご記入ください。

フリガナ		フリガナ	
病院名		所属・ ご担当者名	
住所	〒		
連絡先	TEL: - - (内線)	メール:	

■罹災状況

罹災日	西暦 年 月 日
罹災状況	

■ 自然災害における損害に対する見舞金請求には、罹災証明書(コピー可)を添付してください。**■ 損害についてチェックをお願いします。**

- 床上浸水
 家屋損壊(1/2以上)

本紙によりお預かりしたお客様の情報は、事故の内容確認のために利用し、それ以外の目的では利用いたしません。
なお、この情報は一般社団法人日本看護学校協議会共済会と共有いたします。

WEB