

## 保 険 検 査 依 頼 書 (階数が3以下建築物用)

保険 会社	<input type="checkbox"/> まもりすまい	<input type="checkbox"/> JIO
	<input type="checkbox"/> あんしん住宅	<input type="checkbox"/> ハウスジーマン
	<input type="checkbox"/> ハウスプラス	

◎検査時間指定がある場合ご希望に添えない場合がございますので、あらかじめご了承ください。

◎この依頼書は各工程ごとの検査の有無を確認していただく為の書式です。

◎保険検査依頼書として使用する場合は、太枠内のみ記入下さい。

保険受付番号

申込者(被保険者)	様
物件名	様邸
物件所在地(地番)	

(事業者記入欄) 事業者様 連絡先	会社名	担当者名
	電話番号	携帯番号

①	検査内容	保険検査 検査の有無	確認検査 検査の有無	検査の有無
	基礎配筋			
	検査希望日	年 月 日		

②	検査内容	保険検査 検査の有無	確認検査 検査の有無	検査の有無
	中上部 検躯体			
	検査希望日	年 月 日		

③	検査内容	保険検査 検査の有無	確認検査 検査の有無	検査の有無
	追加防水			
	検査希望日	年 月 日		

確認サービス 本社		受付 担当者印	備考
〒460-0008 名古屋市中区栄4-3-26 昭和ビル4F TEL 052-238-7748 FAX 052-238-7780	確認番号		検査日の平日カウント3日前までにFAXをお願いします。 検査が他機関の場合は『無』の記入のうえFAXをお願いします。
	サービス整理番号		