

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 住宅保証機構(株)	<input type="checkbox"/> JIO (株)日本住宅保証検査機構
	<input type="checkbox"/> あんしん住宅 (株)住宅あんしん保証	<input type="checkbox"/> ハウスジーン (株)ハウスジーン
	<input type="checkbox"/> ハウスプラス ハウスプラス住宅保証(株)	

◎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、太枠内のみ記入ください。

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)	

①	検査工程	保険検査 検査の有無	建設性能評価 検査の有無	確認検査 検査の有無	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。
	基礎配筋完了時		建設性能評価付検査注意	検査依頼は別途必要	
事業者記入欄	基礎配筋検査希望日	平成 年 月 日			
	連絡先	会社名		担当者名	
		電話番号		携帯番号	
基礎配筋検査予定日時	平成 年 月 日 AM・PM 時				
検査店				検査員名	

②	検査工程	保険検査 検査の有無	建設性能評価 検査の有無	確認検査 検査の有無	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。
	中躯体検査		建設性能評価付検査注意	検査依頼は別途必要	
事業者記入欄	上部躯体検査希望日	平成 年 月 日			
	連絡先	会社名		担当者名	
		電話番号		携帯番号	
上部躯体検査予定日時	平成 年 月 日 AM・PM 時				
検査店				検査員名	

確認サービス 本社 住宅性能グループ 〒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 サービス整理番号	受付 担当者印	備考
--	----------------------	------------	----