保険受付票　（コピーしてご使用下さい。）

該当保険種目 （○を付けて下さい）	・賠償責任保険　・受変電設備補償保険・協会行事参加補償保険 ・傷害保険　・新賠償責任保険　・保安センター保険・所得補償保険
会 員 住 所	(〒　　－　　)
会 員 氏 名	（支部名：　　会員番号：　　）

TEL　（　　）	携帯　（　　）	FAX　（　　）

MAIL

事 故 日 時	年　　月　　日 AM ・PM　　時　　分頃
事業所住所	TEL　（　　）
事 業 所 名	担当者氏名
設 置 者 名	
事 故 場 所	

受電設備保証保険(機械保険)の事故の場合 事業所の火災保険などの契約の有無(○印)	有り　・　なし

★ 有りの場合、事業所の火災保険契約などが優先され、この保険では支払われません。

(以下事故状況・原因・被害の程度等ご記載下さい)

(病院名・住所 ・電話番号・入通院程度)

協会受付番号		支 払 額	

送付先：(一社) 中部電気管理技術者協会　FAX：０５２（７６２）６３４５