**災 害 被 害 届**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 地区名 |  | 氏　名 |  |
| 被災物件 | 区分（○印） | １．診療所と住宅が同じ建物　　２．診療所　　３．住　宅 |
| 所在地 | 〒 |
| 被 災 年 月 日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | 午 前午 後 | 時頃 |
| （該当へ○印） | １．焼失　 ２．破壊　 ３．流失 | 床下浸水（水深）　　　cm |
| 指定物件の被災の程度 | 建物全体の | ％ | 床上浸水　　　　　　　cm |
| 診療室の | ％ | 水　　没　　　　　　　　 |
| 被災の為休診した日数 | 日 | 浸水日数　　　　　　　日 |
| 状　況 | 該当 |
| 　　令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　住　　　所　　　　　　　　　　　氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　岡山県歯科医師会共済事業部会 　殿 |
| （註）添付書類（写真及び被災場所の平面図） |