FAX番号

03-3438-0248

**毎月返済への変更相談票**

相談日　　　　年　　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名　　　　　称 |  | |
| 住　　　　　所 |  | |
| 役職　担当者名 |  | |
| 電　話　番　号 |  | |
| F A X 番 号 |  | |
| 変更を希望する借入の貸付番号 | | |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
| 通信欄 | | |
|  | | |

ご注意！

・変更までに2～3ヶ月の時間を頂戴しております。

・現在、口座振替でご返済いただいている場合、手続きが完了するまで振込みでのご返済に変更させ

て頂くことがあります。

・必要に応じて追加資料のご提出をお願いする場合がございます。

・ご要望に添えない場合もございますので、予めご了承ください。

　・この相談により毎月返済への変更が完了したわけではありませんので、手続きが完了するまでは現在の条件でのご返済をご継続ください。

　・代理貸付をご利用のお客様は代理店までご相談ください。

相談窓口：独立行政法人福祉医療機構　顧客業務部債権課　ご返済相談窓口

電話 03-3438-9936　FAX 03-3438-0248