（独）福祉医療機構　契約課医療貸付担当　　行

|  |  |
| --- | --- |
| ＦＡＸ番号 | 東京本部　 03-3438-0583（東日本のお客様）大阪支店　 06-6252-0257（西日本のお客様） |

　　　※番号はお間違えのないように、ご注意ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 顧客番号 |  |
| 貸付番号 |  |
| 創設 ・ 既設 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※この欄の記載は不要です。

　　　　年　　月　　日

独立行政法人福祉医療機構

契約課医療貸付担当　御中

**「医療貸付特約火災保険制度」説明希望書**

　「医療貸付特約火災保険」の利用を検討したいので、説明を希望します。

　つきましては、医療貸付特約火災保険指定代理店（※）への連絡をお願いします。

　　　　　　　　　　　　借入希望者・法人様のお名前

　　　　　　　　　　　　借入希望者・法人様のご住所

　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　ご担当者様のお名前（ﾌﾘｶﾞﾅ）

　　　　　　　　　　　　役職

　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　建物引渡し予定時期

　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　上旬・中旬・下旬頃

整備計画（いずれかに○印）

　　　　　　　　　　　　　　新築　・　増築　・　内部改修　・　その他

　（※）医療貸付特約火災保険制度 指定代理店

　　　　　（東日本地区）　株式会社医療普及会

　　　　　　　　　　　　　　　〒105-0001東京都港区虎ノ門3-17-7 虎ノ門平井ビル2F

TEL 03-3459-9585、FAX 03-3459-0073

（西日本地区）　株式会社医療普及会　大阪営業部

　　　　　　　　　　　　　　　〒541-0057大阪府大阪市中央区北久宝寺町4-4-2 本町コラボビル8F

　　　　　　　　　　　　　　　TEL 06-6281-8474、FAX 06-6281-9840

（留意事項）

　　特約火災保険に加入されるか、一般の火災保険に加入されるかは、お客様にお決めいただきます。特約火災保険に加入されない場合であっても、貸付内定やご融資の返済条件などへの影響はございません。