（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。

令和　　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（ご担当者様のご連絡先）

　　　　　　　　　　　　建物引渡し予定時期（工期が分かれる場合、最も早い時期をご記入ください）

　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　上旬・中旬・下旬頃

　　　　　　　　　　　　整備計画（いずれかに〇印）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 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

　　　　　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

（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への影響はございません。