お客様各位

独立行政法人福祉医療機構の福祉貸付制度をご利用される場合、債権保全のため担保提供いただく建物に時価相当額の火災保険をお客様に掛けていただき、機構が当該火災保険の保険請求権に質権を設定させていただいております。

ご利用される火災保険の検討にあたり、「特約火災保険」について取扱会社からの**説明**を**希望**される方は、お手数ですが「説明希望書」を機構の担当者にお渡し（ファクシミリも可）ください。説明の手配をさせていただきます。

（独）福祉医療機構　福祉医療貸付部（大阪支店）福祉審査課　　行

|  |  |
| --- | --- |
| ＦＡＸ  番号 | 東京本部　 03-3438-0659（東日本のお客様）  大阪支店　 06-6252-0240（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

福祉医療貸付部（大阪支店）福祉審査課　御中

**「福祉貸付特約火災保険制度」説明希望書**

　「福祉貸付特約火災保険」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、福祉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

　　　　　　　　　　　　　　令和　　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

　（※）福祉貸付特約火災保険制度 指定代理店

　　　　　株式会社福祉施設共済会

　　　　　〒150-0002東京都渋谷区渋谷1-5-6 SEMPOSビル

　　　　　TEL 03-5466-0881、FAX 03-5466-0882

（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。