

発送日を記入してください。

〇〇年〇月〇日

独立行政法人福祉医療機構 御中

【債務者若しくは相続人】

住 所 〒

(法人の場合) 名 称

代表者

印

(個人の場合) 氏 名

印

【上記代理人】※借入者から委任を受けた司法書士等

住 所 〒

氏 名

印

(注) 債務者の相続人が依頼される場合は債務者との関係がわかる書類を添付ください。

(注) 司法書士等代理人が依頼される場合は債務者からの委任状(写)を添付ください。

なお、その場合は債務者若しくは相続人の押印は不要です。

添付する登記簿謄本を参考に記載してください。複数の受付番号がある場合は、まとめてご記載いただけます。

抵当権の抹消についての依頼書

別紙記載の不動産に設定された抵当権(昭和〇〇年〇〇月〇〇日〇〇地方法務局〇〇支局受付第〇〇〇〇号、債務者医療法人〇〇会)について、抵当権抹消に必要な書類の交付を依頼します。

(添付書類)

- ・別紙 不動産
- ・該当物件の
- ・委任状(写)

(書類返送先)

債務者若し、

代理人の住所

上記以外(〒 - 〇〇県〇〇市〇〇)

権 利 部 (乙 区) (所 有 権 以 外 の 権 利 に 関 す る 事 項)			
順位番号	登 記 の 目 的	受付年月日・受付番号	権 利 者 そ の 他 の 事 項
1	抵当権設定	昭和〇〇年〇〇月〇〇日 第〇〇〇〇号	原因 日金銭消費貸借同 日設定 債権額 利息 損害金 年1.4・5% 債務者 医 療 法 人 〇 〇 会 抵当権者 東京都港区虎ノ門四丁目3番13号 社 会 福 祉 ・ 医 療 事 業 団

(印鑑証明書の要否) ※完済時に当機構よりお送りしている抵当権設定契約証書や登記識別情報通知等の権利関係書類を紛失されており、移転登記を伴わない場合は、事前通知での抹消登記となりますので、下記へチェックしてください。

権利関係書類を紛失したため印鑑証明書が必要

権利関係書類を紛失されており、移転登記を伴わない場合は、こちらにチェックしてください

(本件に関する連絡先)

電話番号 :

担当者 :

不動産の表示

不動産番号：0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

〇〇市〇〇字〇〇1 2 3番1の土地

不動産番号：〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

〇〇市〇〇一丁目〇〇番の土地

不動産番号：〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

〇〇市〇〇一丁目〇〇番地

家屋番号〇〇番の建物

添付する登記簿謄本を参考に記載してください。

(以下余白)

〇〇県〇〇市〇〇1 2 3 - 1.		全部事項証明書		(土地)
表題部 (土地の表示)		調製	余白	不動産番号
〇〇市〇〇字〇〇		0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-0-1-2		
地図番号	余白	筆界特定	余白	
所在	〇〇市〇〇字〇〇			余白
①地番	②地目	③地積	m ²	原因及びその日付〔登記の日付〕
1 2 3 番 1.	宅地		8 2	