年 月 日

独立行政法人福祉医療機構

顧 客 業 務 部 長　　様

〒

住所（本部）：

氏名又は法人名称：

　　　　　　　　　　　　　代表者名：

**貸付金残高証明書の発行について(依頼)**

記

* 貸付番号　 　　　　　　　　　　／

※ご融資が複数件ある場合は、**いずれか１件の貸付番号をご記入**ください。

※発行する残高証明書には、貸付先すべての貸付残高が記載されます。

* 証明基準日　　　　　　年　　　月末日現在の貸付金残高
* 必要部数　　　　　　　部

＜この件に関する連絡先＞

　　担当者名：

　　電話番号：

送付先

〒105-8486東京都港区虎ノ門四丁目３番１３号　ヒューリック神谷町ビル９階

　独立行政法人福祉医療機構　顧客業務部　顧客業務課　収納係 ☎03(3438)9944

* + **法人住所以外（施設住所等）への返送をご希望される場合は返信用封筒を**

**ご同封ください。**

**…　＊　…　＊　…　＊　…　＊　…　＊　…　＊　…　＊　…　＊　…　＊　…**

（今後の残高証明書の発行について）

来年度以降、すべてのご融資が完済になるまでの間、毎年３月末現在の残高

証明書の発行を希望されますか。ただし、－ ① 様式は、当機構所定のもの

② 発行部数は１部のみ 　③ 送付先は、お届けいただいている(法人)住所あて

（ご住所を変更された際は速やかに｢名称等変更届｣により、ご報告をお願いし

ます。）－ とします。　（下記のいずれかに○をしてください。）

**希望する　・　希望しない**

　　「希望する」に○をされましたら今後、毎年の貸付金残高証明書発行依頼書の

　　ご提出は不要です。

　　　ただし、ご返済の状況により、ご希望にそえない場合もございますので、

　　予めご了承ください。