医療信の
フリーローン チョイス

1,000万円まで

保証人不要・手数料不要

資金の使いみち自由（事業資金除く）

金額	1,000万円まで
金利	【変動金利】 年5.30%～（信用保証料を含みます）
期間	15年以内 ＊完済時年齢満80歳まで
連帯保証人	不要
収入証明	不要 （300万円超の場合は確定申告書B第一表のみ）

お申込みは、裏面の仮審査申込書にご記入いただき、所定の提出書類とともに、ＦＡＸにてお申し込みください。
医療信のＨＰから、下記ＱＲコードからＷｅｂでの申込みも出来ます。

・保証会社及び組合所定の審査の結果、ご希望にそえない場合もございますのであらかじめご了承ください。
・融資金利は【変動金利】にて、金利環境の変化等により変更となることがあります。（2026年11月現在）

Shinkumi Bank 信用組合 しんくみ

愛知県医療信用組合

名古屋市中区丸の内三丁目5番18号
愛知県歯科医師会館6階
愛知県医療信用組合 検索
TEL(052)962-9569 FAX(052)951-8651
https://www.iryoushin.com/

フリーローンチョイス仮審査申込書

センター未加盟用

愛知県医療信用組合御中（取扱店　本店）　提携先番号 0466－1286

保証委託先：全国しんくみ保証㈱御中　　再保証委託先　㈱オリエントコーポレーション御中

※お申込みにあたっての留意事項

1．下記の「本申込みにかかる個人情報の取扱に関する事項」を確認し、同意のうえお申込みください。
2．この申込書はローンの「仮審査申込み」です。ご利用いただくには、別途正式なお手続きが必要となります。審査結果のご連絡の後、１ヶ月以内にご本人がお取引店までご来店ください。
3．必ず申込みのご本人が正確にご記入ください。この仮審査申込書の記入内容と、ご来店時にご提示いただく正式申込書ならびに確認資料の内容とが相違している場合、ご連絡した審査結果にかかわらず、ご契約をお断りする場合があります。
4．資金使途はフリーローンについても具体的にご記入ください。
5．この仮審査申込書は審査結果にかかわらずご返却いたしませんのでご了承ください。

私は下記の本申込みにかかる個人情報の取扱に関する事項に同意のうえ、本ローンを申込みます。	申込日	令和 ~~平成~~　　年　　月　　日

申込経緯　1．FAX　2．郵便　3．店頭　4．渉外　5．その他（　　）

お申込者

お名前	フリガナ （姓）　（名）	生年月日	S．昭　H．平　　年　　月　　日（　　歳）
		性別	1．男　2．女
		電話	1．自宅　2．呼出（　　）様方　3．無 －　　－
		携帯	－　　－
ご住所	フリガナ 〒	他社ローン残高	（住宅ローンを除く） 万円
ご家族	配偶者　1．無　2．有 同居家族（　　人）	住居	1．自己所有　2．家族所有　3．社宅・官舎　4．借家（民間一戸建） 5．賃貸マンション　6．公営・公団　7．アパート　8．寮　9．その他
		居住	年　　ヵ月

ご職業

名称	フリガナ	電話	－　　－ 内線（　　）
		所属部課	
		従業員数	人
住所	フリガナ 〒	職種	自営業
			9．お勤めでない方 ↓
		勤続年数	年　　ヵ月
出向・派遣先	出向・派遣されている方はご記入下さい	業種	医療機関
			14．年金生活者 15．その他
		ご自身の年収	その他の収入を含め税込年収 万円
電話	－　　－	ご自身には収入がなく配偶者に収入のある方	配偶者の職種　1．公務員　2．公的資格者　3．会社員　5．自営業　7．パート・アルバイト他　10．派遣
		配偶者の年収	その他の収入を含め税込年収 万円

資金使途

借入希望額	万円
毎月返済希望額	万円
ボーナス時増額返済希望額	万円
支払希望回数	回（　　年）

金融機関との取引状況	取引開始　　年　　月
既往借入残高	有担　　万円　無担　　万円

1．普通・当座・定期・定積（　　万円）　2．財形・財形年金
3．給与・年金・配当金振込
4．住宅ローン・カードローン・その他ローン
5．自動振替（電話・電気・ガス・水道・税金・NHK・カード・その他）
6．その他（診療報酬振込指定　　）

組合使用欄					
本人確認	日時	年　月　日（　時　分）	信用組合名 取扱店名	愛知県医療信用組合本店	オリコ使用欄
	場所	店頭・職場・家庭・その他（　　）			
	方法	面談　・　電話	金融機関コード	2446－001	
	担当者		電話番号	052－962－9569	

本申込みにかかる個人情報の取扱に関する事項

1．個人情報の収集、利用、保有
申込者は、標記信用組合（以下「当組合」という）ならびに全国しんくみ保証株式会社（以下「保証会社」という）および株式会社オリエントコーポレーション（以下「再保証会社」という）との取引の与信判断および与信後の管理のため、以下の個人情報を当組合ならびに保証会社および再保証会社が保護措置を講じた上で収集・利用し、保有することに同意します。
①氏名、性別、生年月日、住所、電話番号、勤務先、家族構成、居住地等、本申込書にご記入頂く事項
②申込日、契約日、商品名、契約額、支払回数等の契約情報
③支払開始後の利用残高、月々の返済状況等、本契約の取引に関する情報
④支払能力判断のための申告情報、この申込み以外に当組合ならびに保証会社および再保証会社と締結する契約に関する利用残高、返済状況等
⑤申込者の運転免許証、パスポート等の本人確認のための情報
⑥映像、音声情報（個人の肖像、音声を磁気的または光学的媒体等に記録したもの）
⑦公開情報（官報、電話帳、住宅地図等に記載されている情報）

2．個人信用情報機関への登録・利用
⑴申込者は、本申込みに関して再保証会社が加盟する個人信用情報機関および同機関と提携する個人信用情報機関に申込者の個人情報（当該各機関の加盟会員によって登録される契約内容、返済状況等の情報のほか、当該各機関によって登録される破産等の官報情報を含む。）が登録されている場合には、再保証会社がそれを与信取引上の判断（返済能力または転居先の調査をいう。ただし、割賦販売法および貸金業法等により、返済能力照会に関する情報については返済能力の調査の目的に限る。以下同じ。）のために、利用することに同意します。
⑵再保証会社が加盟する個人信用情報機関および同機関が提携する個人信用情報機関は次のとおりです。各機関の加盟資格、会員名等は、各機関のホームページに掲載されております。
①再保証会社が加盟する個人信用情報機関
㈱シー・アイ・シー（CIC）　TEL：0120－810－414　http://www.cic.co.jp
㈱日本信用情報機構（JICC）　TEL：0120－441－481　http://www.jicc.co.jp/
②CICおよびJICCは相互に提携しています。

⑶再保証会社がこの申込みに関して、再保証会社の加盟する個人信用情報機関を利用した場合、申込者は、その利用した日および本申込みの内容等が、同機関に下表に定める期間登録され、同機関の加盟会員によって、自己の与信取引上の判断のために利用されることに同意します。

登録情報	登録期間	
	CIC	JICC
本契約に係る申込みをした事実	再保証会社が個人信用情報機関に照会した日から６ヶ月間	再保証会社が個人信用情報を照会した日から６ヶ月を超えない期間

3．個人情報の提供・利用
申込者は、本申込みにおいて、当組合ならびに保証会社および再保証会社が与信取引上の判断をするにあたり、申込者の当組合ならびに保証会社および再保証会社における取引全般に関する情報を相互に利用することに同意します。

4．本条項に不同意の場合
当組合ならびに保証会社および再保証会社は、申込者がこの申込みに必要な事項の記入を希望しない場合および本条項に同意しない場合は、本申込みの受付をお断りすることがあります。

5．本契約が不成立の場合申込者は、本申込みにかかる契約が不成立であっても、その理由の如何を問わず上記１に基づき、本申込みをした事実に関する個人情報が当組合および再保証会社において一定期間利用されることに同意します。

6．お問い合わせ窓口
⑴当組合のお問い合わせ窓口
愛知県医療信用組合（http://www.iryoushin.com/）
〒460－0002　名古屋市中区丸の内三丁目５番18号　TEL：052－962－9569
⑵保証会社お問合せ窓口
全国しんくみ保証株式会社　〒104－0031　東京都中央区京橋１－９－１　TEL：03－3567－9111
⑶再保証会社お問合せ窓口
株式会社オリエントコーポレーション（http://www.orico.co.jp）
お客様相談室　〒102－8503　東京都千代田区麹町５－２－１　TEL：03－5275－0211　以上

FAX：052－951－8651

愛知県医療信用組合 宛

組合受付		組合証印		常務印	

0570012315