

ファクタリング申込書

日本医療介護ファクタリングセンター株式会社 御中

お申込日 2 0 年 月 日

私は御社WEBに記載の「ご利用規約」に同意の上、御社へファクタリングの申し込みをいたします。

- 必須!**
- ① この申込書にご記載の上ご捺印ください。
 - ② 下記の審査に必要な書類をすべてご準備ください。
 - ③ この用紙と書類を弊社へメールもしくはFAXしてください。

- ① この用紙をスキャンレデータを他の審査書類と一緒に「datafax@jmfc.co.jp」に送付する もしくは
- ② この用紙を「03-4571-2820」までFAXの一枚目としてお送りください。 ※FAXが途切れた場合、再送付時に1枚目としてお送りください。

1 お申込者についてご記入ください		お申込みされる方の情報をご記入ください			
お申込者情報	お名前 (法人の場合は代表者のお名前)	フリガナ 〒	会社名 (法人契約の場合)	フリガナ	
	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	代表者生年月日 (西暦)	年	月 日
	法人住所	フリガナ 〒			
	電話番号	()	FAX	()	
	代表者住所	フリガナ 〒			
	電話番号	()	FAX	()	
	弊社からのご連絡	担当のお名前	Eメール アドレス	@	
	携帯番号	()	書類の送付先	<input type="checkbox"/> 法人住所 <input type="checkbox"/> 代表者住所 <input type="checkbox"/> その他住所	
	その他の住所	フリガナ 〒			
	電話番号	()	FAX	()	

2 会社概要についてご記入ください					
設立	年 月 日	従業員数	人	年商	百万円
事業内容					
取扱開始	20 年 月請求分から希望する ※取扱開始希望月の前月の介護利用分(年 月の利用分)より 希望前払比率(%) ※90%が上限です				
売上見込額	百万円 ~	百万円/月	平均売上額	百万円/月	
希望入金日	日	2回目以降 入金希望日	日 ※診療報酬の入金確認後になります		
振込先情報	銀行 組合・金庫	支店	普通 当座	口座番号:	

3 審査に必要な書類一式				審査に必要な書類一覧です。送付時のチェックにご利用ください	
No	書類名	準備	送付済	説明	
1	決算書3期分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	直近の決算書を3期分をお送りください。	
2	試算表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	期初から3カ月以上経過の場合お送りください。	
3	決定通知書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	国保・社保・介護の12カ月分をお送りください。	
4	レセプト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	点数の分かる部分を6ヶ月分をお送りください。	
5	通帳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	直近の通帳のコピーの写し6ヶ月分をお送りください。	
6	事業の認可症 のコピー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	事業を行う上で必要な認可書のコピーをお送りください。	
7	医師・歯科医 師免許	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医師/歯科医師免許のコピーをお送りください。※病院・クリニック・歯科医院のみ	
8	本人確認資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	理事長・代表者の本人確認資料(免許証・マイナンバー等)をお送りください。	
9	納税確認資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	税金を納めたことが確認できるもの(税務署にて納税証明その1もしくはその3でも可)	税務署で取得
10	商業登記簿 謄本	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	法人の直近3ヶ月以内発行の商業登記簿謄本をお送りください。	法務局で取得
11	印鑑証明書 (法人)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	法人の直近3ヶ月以内発行の印鑑証明書をお送りください。	法務局で取得
12	印鑑証明書 (個人)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	代表者の直近3ヶ月以内発行の印鑑証明書をお送りください。	市町村区役所・コンビニで取得
13	写真	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	事業の実態が分かる建物全体・玄関・受付・診察室・トイレ等の写真を送ってください	
特記事項(お客様→弊社)					

通信欄(弊社→お客様)

サポートセンター
Mail datafax@jmfc.co.jp
☎ 050-5050-3099
FAX 03-4571-2820