

平成28年2月29日(月)

「トマト先進医療ローン」の取扱開始について

- 平成28年3月1日(火)より、先進医療※の治療費に関する経済面での不安を解消し、治療に専念いただけるよう「トマト先進医療ローン」の取り扱いを開始します。
- 先進医療を受けられるご本人だけでなく、ご親族が先進医療を受けられる場合もご利用いただけます。

株式会社トマト銀行(取締役社長 高木 晶悟)は、平成28年3月1日(火)より、先進医療の治療費に関する経済面での不安を解消し、治療に専念いただけるよう「トマト先進医療ローン」の取り扱いを開始いたしますので、お知らせいたします。

先進医療の治療費は、高額な治療費負担を伴うケースが多く、また、健康保険の給付対象外となるため、全額患者負担となります。一方、岡山県津山市の「岡山大学・津山中央病院 共同運用がん陽子線治療センター」において、平成28年春から中国・四国地方で初めて陽子線治療が開始される予定であり、今後、先進医療のニーズが高まることが予想されます。当社はこうした状況を踏まえ、先進医療を受けられるご本人だけでなく、ご親族が先進医療を受けられる場合もご利用いただける先進医療ローンの取り扱いを開始するものです。

当社は、今後ともお客さまのニーズに対応した商品・サービスの提供に努めてまいります。

※先進医療とは、厚生労働大臣が定めた高度な医療技術を用いた療養のことで、悪性腫瘍に対する陽子線治療、重粒子線治療などが先進医療に指定されています。

記

「トマト先進医療ローン」の概要

取 扱 開 始 日	平成28年3月1日(火)
ご利用いただける方	1 お申込時の年齢が満20歳以上満65歳以下の方で、完済時年齢が満70歳以下の方 2 勤務先またはお住まいが当社本支店の営業区域内にある方 3 安定した収入があり、前年度税込年収が200万円以上の方 4 その他当社所定のお借入条件を満たされる方 5 保証会社の保証が受けられる方
お 使 い み ち	ご本人またはご親族※の悪性腫瘍に対する陽子線治療、重粒子線治療など、先進医療に係る治療費用 ※配偶者ならびに三親等内の血族および三親等内の姻族の方
ご 利 用 金 額	10万円以上300万円以下(1万円単位)
ご 利 用 期 間	6ヵ月以上10年以内(1ヵ月単位)
お 借 入 利 率	変動金利 年2.9%(平成28年3月1日時点) ・当社の定める短期プライムレートを基準金利に年2回変動します。
担 保 ・ 保 証 人	原則不要

保 証 会 社	株式会社セディナ
お 申 し 込 み 受 付 お 問 い 合 わ せ	1 ご契約時には、当社本支店窓口(ももたろう支店を除く)へのご来店が必要となります。また、収入印紙代が別途必要です。 2 商品や金利、ローン返済額の試算等、詳しい内容につきましては当社本支店窓口(ももたろう支店を除く)までお問い合わせください。

※ お借り入れにあたっては当社所定の審査、ならびに保証会社による保証審査がございます。

※ 審査の結果、ご希望に添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。

以 上

本件に関するお問い合わせ先 営業統括部

川北 TEL 086-800-1810

報道関係のお問い合わせ先 経営企画部(広報担当)

川北
みつぎね
光 實・俣野 TEL 086-221-1145

＋トマト＋

先進医療ローン

悪性腫瘍に対する陽子線治療、重粒子線治療等、
先進医療に係る治療費用に。

ご利用金額

10万円～
最高**300**万円
(1万円単位)

ご利用期間

6ヵ月以上、
最長**10**年以内
(1ヵ月単位)

ご融資利率

年**2.9**%
(変動金利)

※審査結果等により、お借入れのご希望に添えない場合がございますので、あらかじめご了承ください。

●上記金利には保証料が含まれています。●ご融資利率は、お申込時ではなくお借入時の金利が適用になります。●ご融資利率は、金利情勢の変動により変更となる場合がございます。●ご融資利率は、当社所定の短期プライムレートに基づき都度見直しを行います。また、お借入後も当社所定の短期プライムレート変動に伴い見直しを行いますので、金利変動により返済額が増減します。

詳しくは裏面をご覧ください。

ご相談・お問い合わせは

ト マ ト ハローコール



0120-101-865

または **営業店窓口** まで

平日9:00～19:00 ※12/31～1/3、5/3～5/5を除く

お客さま
サポートセンター

トマト 先進医療ローン

項 目		内 容
ロ ー ン 名 称		トマト 先進医療ローン
お 使 い み ち		○ご本人またはご親族(※)の悪性腫瘍に対する陽子線治療、重粒子線治療等、先進医療に係る治療費用 (※)配偶者ならびに三親等内の血族および三親等内の姻族の方
ご利用いただける方	お 申 込 時 年 齢	○お申込時の年齢が満20歳以上満65歳以下の方で、完済時年齢が満70歳以下の方
	前 年 度 年 収	○安定した収入があり、前年度税込年収が200万円以上の方
	営 業 区 域	○当社本支店の営業区域内(ただし、東京支店・ももたろう支店は除きます)に居住または勤務先がある方
	そ の 他	○当社所定の融資条件を満たされる方 ○保証会社の保証が受けられる方
ご 利 用 金 額		○10万円以上300万円以内(1万円単位)
ご 利 用 期 間		○6ヵ月以上10年以内(1ヵ月単位)
ご 融 資 利 率		○年2.9%(保証料を含む)(変動金利)
金利変動のルール		○毎年4月1日および10月1日の当社の短期プライムレートを基準に見直しするものとし、7月および翌年1月の約定返済分から適用いたします。(銀行休業日の場合は翌営業日)(年2回見直し)
ご 返 済 方 法		○毎月元利均等返済 ○返済日は、7日または20日(銀行休業日の場合は翌営業日)のいずれかをお選びください。 ○毎月元利均等返済に、ボーナス時増額返済(年2回、6ヵ月毎)を併用することもできます。 (ボーナス時増額返済分はご利用金額の40%まで組み入れできます。) ○自営業者およびボーナス受給のない会社役員の方は、ボーナス時増額返済の併用はできません。 ○店頭でお申し出いただければ返済額の試算をいたします。
担 保		○不要です。
保 証 人		○原則、不要です。※ただし、審査の結果、保証人が必要となる場合があります。
保 証 会 社		○株式会社セディナ
正 式 お 申 込 時 に ご 用 意 い た だ く も の		○ご本人確認資料(運転免許証、パスポート、住基カード[写真付きタイプ]、個人番号カード、お持ちでない方は健康保険証) ○先進医療の治療内容がわかる資料および金額明細がわかる資料 ○ご利用の普通預金通帳とお届印(お取引がない方は、お取引予定のご印鑑) ○所得証明書が必要となる場合は、別途ご案内いたします。
申 込 受 付 方 法		○店頭
そ の 他		○お申込みに際しては、当社所定の審査をさせていただきます。審査結果によってはご希望に添えない場合があります。なお、審査結果の内容については、お答えいたしかねますので予めご了承ください。 ○治療費のお支払いについては、当社より病院へのお振込みに限定させていただきます。 ○商品や金利、ローン返済額の試算等についての詳細は、当社窓口までお問い合わせください。