年　　月　　日

全日信販株式会社　　御中

オートローン残一括代金照会依頼書

私が現在利用中の貴社オートローンを一括支払する場合の精算金額等につきまして、運転免許証を提示のうえ照会依頼しますので、ご回答をお願いいたします。
また、照会依頼の回答結果は、下記取扱店にご通知いただきますようお願いいたします。

【お客様ご記入欄】　署名はお客様の自筆で必ずご記入ください。

氏　名	ﾌﾘｶﾞﾅ 印	生年月日 （法人契約の場合は代表者の生年月日）		昭和・平成　　年　月　日
住　所	〒	電話番号	自　宅	
			勤務先	

【照会依頼取扱店記入欄】回答書送付先	
取扱店名	
担当者	
ＴＥＬ	
ＦＡＸ	

【照会依頼取扱店の方へ】

○ここに、お客様から提示を受けた運転免許証を置いて、本紙をコピーして下さい。
○商談場所によって、運転免許証をコピーできないときは免許証番号をご記入願います。その際、お客様に別途、ご連絡をする場合があります。

お客様番号		
購入された販売店		
年式・車種・登録番号		
清算予定日（土日祝除く）	年　月　日	＿＿＿＿月分まで　ご契約者様のお支払い

（お客様氏名）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

回　答　書

【信販会社記入欄】　　年　　月　　日現在

お客様番号			
残一括代金額	円　☜ **※当社への振込金額**		
現在債権残高	円	戻し手数料	▲　　円
お支払期限	年　月　日		
確認事項	**年　月 迄のご請求は口座からの引落としとなります。**		
備　考			

ご注意　※ご入金がお支払い期限を過ぎた場合は、金額が異なる場合があります。差額が生じた場合は別途ご請求させて頂く事になりますのでご注意下さい。

会社名　全日信販株式会社 クレジットセンター	連絡先　TEL：086-292-4120 FAX：086-293-6427 （平日）10：00～17：00	照合	担当者

073-8208-0【１年保管】（2019.08）