

<自動車販売会社・車買取専門店様用>

送信先 FAX 番号: **06-6535-3291** (FAX 受付回答時間 10:00~19:00)

(個人情報につき、FAX の送信ミスには十分ご注意ください)

マツダクレジット株式会社 行

### 早期完済金額等照会依頼書

私が現在利用中の貴社クレジット契約を早期完済(一括払い)する場合の金額等(本照会による早期完済後又は契約終了後の『契約終了のご案内』発行及び「残高確認」照会を含みます。)につきまして、以下取扱店を通じて照会依頼しますので、回答をお願いします。本照会に対する回答は、私に代わって以下取扱店まで貴社所定の方法でご通知ください。

貴社が登録している私の情報(氏名・住所・電話番号・免許証番号)と以下【お客様ご記入欄】に記載した私の情報の内容が異なる場合は、貴社が登録している私の情報を【お客様ご記入欄】の内容に変更の上登録いただきますよう、併せてお願いいたします。

なお、早期完済金額の支払について振込手数料を振込人が負担することに予め了承し、本書の返還は求めません。

**【お客様ご記入欄】 ※ 必ずお客様ご自身でご記入ください。**

**※ 法人のお客様の場合は、記名・押印(実印)のうえ、印鑑証明書をご添付ください。**

|                |   |    |                       |  |                |
|----------------|---|----|-----------------------|--|----------------|
| 照会日            | 年 月 日   |    |                       |  |                |
| 氏名             | フリガナ  |    | 法人の場合のみ実印必須<br>個人は印不要 | 生年月日   | 昭和・平成<br>年 月 日 |
|                | 〒   |    |                       | 自宅電話番号   |                |
| 車検証上の<br>使用者住所 | ※ 現住所と同一の場合は記入不要                              |    |                       | 携帯電話番号   |                |
| 年式             | 年式  | 車種 |                       | 登録番号<br>または<br>車台番号  |                |
| 支払予定日          | 年 月 日   |    | 振込名義人                 | <input checked="" type="checkbox"/> (チェック)にて選択、その他はご記入ください。<br><input type="checkbox"/> 契約者様<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                |
|                | ※ 支払予定日を変更される場合は、早期完済金額が変わることがございますので再照会願います。 |    |                       |  |                |

以下内容をご確認のうえ、にチェックをお願いいたします。

- 早期完済金額のお支払日が口座請求締め日(毎月 15 日頃)を過ぎますと、毎月お支払い分の口座引落しが生じる場合がございます。
  - 早期完済金額お支払後、毎月お支払い分の口座引落し等にて、返金の必要が生じた場合は、後日お客様の引落口座に返金いたします。
- ※ 弊社引落日は毎月 26 日です。(金融機関休業日の場合は翌営業日)

#### 【本人確認書類添付欄】

- お客様から提示を受けた運転免許証をコピーして添付してください。
- 運転免許証が添付できない場合は、健康保険証、印鑑証明書、その他の本人確認書類(住所、氏名、生年月日を記載している部分)をコピーして添付してください。
- 【お客様ご記入欄】と本人確認書類の記載内容が異なる場合、回答できません。必ずご確認をお願いいたします。

#### 【照会依頼取扱店 記入欄】

|        |  |
|--------|--|
| お取扱店   |  |
| 電話番号   |  |
| FAX 番号 |  |
| ご担当者   |  |

■お問合せ先 (受付時間 10:00~19:00)  
 マツダクレジット株式会社  
 電話番号:06-7739-0612  
 FAX 番号:06-6535-3291

<自動車販売会社・車買取専門店様用>

送信先 FAX 番号: **06-6535-3291** (FAX 受付回答時間 10:00~19:00)

(個人情報につき、FAX の送信ミスには十分ご注意ください)

マツダクレジット株式会社 行

**ご記入例**

**早期完済金額等照会依頼書**

私が現在利用中の貴社クレジット契約を早期完済(一括払い)する場合の金額等(本照会による早期完済後又は契約終了後の『契約終了のご案内』発行及び「残高確認」照会を含みます。)につきまして、以下取扱店を通じて照会依頼しますので、回答をお願いします。本照会に対する回答は、私に代わって以下取扱店まで貴社所定の方法でご通知ください。

貴社が登録している私の情報(氏名・住所・電話番号・免許証番号)と以下【お客様ご記入欄】に記載した私の情報の内容が異なる場合は、貴社が登録している私の情報を【お客様ご記入欄】の内容に変更の上登録いただきますよう、併せてお願いいたします。

なお、早期完済金額の支払について振込手数料を振込人が負担することに予め了承し、本書の返還は求めません。

**【お客様ご記入欄】 ※ 必ずお客様ご自身でご記入ください。**

**※ 法人のお客様の場合は、記名・押印(実印)のうえ、印鑑証明書をご添付ください。**

|                |  |                       |          |   |                |
|----------------|--|-----------------------|----------|---|----------------|
| 照会日            | 2019年 10 月 1 日   |                       |          |   |                |
| 氏名             | フリガナ マツダ タロウ   | 法人の場合のみ実印必須<br>個人は印不要 | 生年月日     | 昭和 平成<br>45 年 6 月 12 日                        |                |
|                | <b>松田 太郎</b>   |                       |          |   |                |
| 現住所            | 〒 100-0001<br>大阪市中央区中町 2-3-5                                     |                       | 自宅電話番号   | 06-4567-****                                  |                |
| 車検証上の<br>使用者住所 | ※ 現住所と同一の場合は記入不要   |                       | 携帯電話番号   | 090-1234-****                                 |                |
| 年式             | 平成 28 年式   | 車種                    | マツダ CX-5 | 登録番号<br>または<br>車台番号                           | 大阪 300 ぬ **-** |
| 支払予定日          | 2019年 12 月 10 日<br>※ 支払予定日を変更される場合は、早期完済金額が変わることがございますので再照会願います。 |                       | 振込名義人    | ✓(チェック)にて選択、その他はご記入ください。<br>✓契約者様<br>□その他 ( ) |                |

以下内容をご確認のうえ、□にチェックをお願いいたします。

- 早期完済金額のお支払日が口座請求締め日(毎月 15 日頃)を過ぎますと、毎月お支払い分の口座引落しが生じる場合がございます。
  - 早期完済金額お支払後、毎月お支払い分の口座引落し等にて、返金の必要が生じた場合は、後日お客様の引落口座に返金いたします。
- ※ 弊社引落日は毎月 26 日です。(金融機関休業日の場合は翌営業日)

**【本人確認書類添付欄】**

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>● お客様から提示を受けた運転免許証をコピーして添付してください。</li><li>● 運転免許証が添付できない場合は、健康保険証、印鑑証明書、その他の本人確認書類(住所、氏名、生年月日と記載している部分)をコピーして添付してください。</li><li>● 【お客様ご記入欄】と本人確認書類の記載内容が異なる場合、回答できません。必ずご確認をお願いいたします。</li></ul> |
|--|

**免許証(写)**

**【照会依頼取扱店 記入欄】**

|        |                |
|--------|----------------|
| お取扱店   | *****株式会社 ***店 |
| 電話番号   | 06-2310-****   |
| FAX 番号 | 06-2311-****   |
| ご担当者   | 山田 **雄         |

■お問合せ先 (受付時間 10:00~19:00)  
マツダクレジット株式会社  
電話番号:06-7739-0612  
FAX 番号:06-6535-3291