

残一括照会依頼書について

「オートローン残一括代金照会依頼書」は、オートローン(オートリースを除く)で残債務を確認依頼する書類になります。
 ご契約者様の免許証のコピーを貼り付け、必要事項をご記入の上、弊社宛にFAXをお願いいたします。
 残一括金額算出にあたり支払予定日、残一括代金にお客様の当月分のお支払いを含むか否かを備考欄にご記入をお願いいたします。

○ 記入例

株式会社ジャックス		20XX年 5月 2日	
東京カスタマーセンター サポートデスク 御中			
オートローン残一括代金照会依頼書			
必ずお客様の自筆でご記入ください。 一括支払する場合の精算金額等につきまして、運転免許証の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	フリガナ ヤマダ カズオ 山田 和夫	生年月日	昭和・平成 45年4月XX日
住所	〒150-8932 東京都渋谷区恵比寿×-×-××	電話番号	自宅 03-XXXX-XXXX 携帯 090-XXXX-XXXX
【照会依頼取扱店記入欄】 回答書送付先		【照会依頼取扱店の方へ】	
取扱店	〇〇〇(株)		
担当者	鈴木 一郎		
TEL	045-△△△△-△△△△		
FAX	045-△△△△-〇〇〇〇		
お客様番号	0123456789012		
購入された販売店	△△△(株)		
年式・車種・登録番号	20XX年式	メーカー・車種	品川 332 あ XXXX
精算予定日	20XX年 5月 31日	備考	6月以降残金の一括清算
(お客様氏名)		お客様から提示を受けた運転免許証を置いて、本紙をコピーしてください。 商談場所によって、運転免許証をコピーできない時は免許証番号をご記入ください。	
様 回			
【信販会社記入欄】			
お客様番号			
残一括代金額	円		
現在債権残高	円		
お支払期限	年 月 日		
確認事項	年 月迄のご請求		
備考	振込手数料はお支払い者のご負担とさせていただきます。		
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いただきますのでご注意ください。			
会社名	連絡先	検印	担当者
株式会社ジャックス	TEL 0120-995-865		
東京カスタマーセンター サポートデスク	FAX 0120-924-660		
弊社住所 〒194-8570 東京都町田市南町田5-2-1 南町田5丁目ビル			

電話・FAX番号をよくお確かめのうえ、お掛け間違いのないようお願い申し上げます。

東京カスタマーセンター サポートデスク 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	フリガナ	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	印		
住所	〒	電話番号	自宅携帯

【照会依頼取扱店記入欄】 回答書送付先	【照会依頼取扱店の方へ】										
取扱店	○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時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。 <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
担当者											
TEL											
FAX											

お客様番号	
購入された販売店	
年式・車種・登録番号	
精算予定日	年 月 日 備考

(お客様氏名)

様 回 答 書

年 月 日現在

【信販会社記入欄】

お客様番号	
残一括代金額	円
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	振込手数料はお支払い者のご負担とさせていただきます。

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ください。

会社名 株式会社ジャックス 東京カスタマーセンター サポートデスク	連絡先 TEL 0120-995-865 FAX 0120-924-660	検印	担当者
---	---	----	-----

弊社住所 〒194-8570 東京都町田市南町田5-2-1 南町田5丁目ビル

※電話・FAX番号をよくお確かめのうえ、お掛け間違いのないようお願い申し上げます。