

## オートローン残債一括代金照会依頼書 (FAX 0120-113-107)

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、運転免許証等の本人確認書類を提示の上、下記取扱店を通じて残債照会を依頼しますので、ご回答をお願いします。  
また、本照会に対する回答結果は、下記「回答書」又は、別紙「一括精算のご案内」を私に代わって下記取扱店が代理受領することに同意しますので、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。

【お客さまご記入・ご捺印欄】 ご署名は必ずお客さまご自身でご記入ください。			
氏名 (必須)	フリガナ 印	生年月日 (必須)	(西暦) 年 月 日
現住所 (必須)	〒	電話番号 自宅 携帯	

回答書送付先 (照会依頼お取扱店ご記入欄)		【照会依頼お取扱店様へのお願い】(必須) お客さまの[運転免許証]をこのスペースに合わせて置いて本紙をコピーしてください。 * 本籍部分は塗りつぶしてください。  〈住所等に変更がある場合〉 移動がわかる書面(免許証の裏面や住民票)もFAX送信してください。 * 住民票の場合はマイナンバーの無いものをお送り下さい。  免許証番号だけの申請では回答できかねます。 お客さまに直接ご確認させていただく場合があります。
お取扱店 (必須)		
ご担当者 (必須)		
T E L (必須)		
F A X (必須)		

ご購入販売店		お客さま番号	
年式・車種・登録番号・車体番号 (必須)			

お客さま最終引落日 (必須)	月 7 日	精算予定日 (必須)	(西暦) 20 年 月 日
----------------	-------	------------	---------------

【精算についてのご案内】 当社の口座引落日は毎月7日(休日の場合は翌営業日)となっております。 ご精算について毎月21日以降のお振込の場合は、翌月7日の口座引落停止が出来ません。21日以降のご精算で口座から引き落とされた場合は、後日一定期間のお時間をいただき、お客さまの登録口座に金融機関の振り込み手数料が差し引かれてご返金されますのでご了承ください。	ご連絡事項等
--	--------

## 回答書

(お客さま氏名)

さま

年 月 日 現在

お客さま番号			
残一括代金額	円 (ご精算金額)		
現在債権残高	円	戻し手数料	▲ 円

注意事項

- お振込手数料はお客さま負担でお願いいたします。
- ご入金精算予定日を過ぎて精算金額に差額が生じた場合は、別途ご請求させていただきます。

- お客さまからご記入頂きました個人情報、「オートローン残債一括代金照会依頼書」回答の為に利用致します。
- 当社は、法令に基づく場合を除き、目的外利用や同意の無い第三者提供は致しません。
- お客さまは当社保有個人情報に関し、利用目的の通知、開示、内容の訂正・追加・削除、利用の停止、消去及び第三者への提供の停止をご請求いただけます。 個人情報の取り扱いに関するお問合せ先：お客さま相談室フリーダイヤル 0120-104-839

会社名 株式会社オリコプロダクトファイナンス	連絡先 TEL 0570-200686 電話受付時間 : AM9:30~PM5:30まで	検印	担当者
---------------------------	--	----	-----