

オートローン残一括代金照会依頼書

終了案内
依頼 → 終了案内のご依頼は左ボックス内にチェックを入れてください。(その際には車検証の添付をお願いします)

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・支払日・支払方法 その他の残一括代金照会に係る情報について、運転免許証を提示のうえで照会依頼をいたしますので、ご回答をお願いいたします。また、照会依頼の回答は下記取扱店にご通知くださいますようお願いいたします。

※FAX送信先 0120-629-787

お問い合わせ電話番号 0120-881-783

(受付時間:平日9:00~17:30)

【お客様ご記入欄】 署名は必ずお客様の自筆でご記入ください(捺印も必要です)			
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	- -

【照会依頼取扱店様ご記入欄】 会社名(精算時お振込名義)・ご住所		【本人確認資料添付欄】											
<p>UcarPAC株式会社 〒134-0083 東京都江戸川区中葛西3-33-11 マルカビル6階 TEL 03-5679-5840 FAX 03-5679-5870</p>		<p>※お客様からご提示を受けた 運転免許証を置いて本紙を複写してご使用ください。 (本籍が記載されている箇所はマスキングしてください)</p> <p>※運転免許証の添付が出来ない場合には 運転免許証番号のご記入をお願いいたします。 (その際には、お客様に連絡させていただく場合がございます)</p>											
確認日	年 月 日	【運転免許証番号ご記入欄】 (添付の場合はご記入不要です)											
担当者		第 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											
TEL	- -												
FAX	- -												

必須項目	車両情報	平成()年登録 車種() 登録番号()()()
	ご精算予定日	【毎月7日振替】()月引落後 ()年 ()月 ()日

※21日以降にご精算される場合には一括支払後におきましても翌月7日のローン代金が引き落とされることがあります。その際はご精算確認後、お客様口座にご返金いたしますが振込手数料はお客様のご負担とさせていただきますのであらかじめご了承をお願いいたします。

所有者の 氏名または名称	日立キャピタル ・ 販売会社 ・ お客様 ・ その他 ()
お客様番号	No.
備考 (その他連絡事項等ご記入欄)	