

「様式B」(代理人からの問い合わせ用)

照会管理No( )  
年 月 日

(保証会社名)

御中 →→→ 経理室 宛

ダイハツクレジット早期完済精算金照会依頼書

私が、貴社で契約しましたダイハツクレジットについて、都合により完済確認又は早期完済をお願いしたく、  
運転免許証等による本人確認書類を提示します。精算金額照会依頼のご回答願います。

なお、本照会に対する回答は、私に代りに下記の者(取扱店)が代理受領することに同意しますので、  
貴社所定の書面にて回答のほど、お願いいたします。

【お客様契約内容記入欄】 ※ご記入いただき運転免許証等の書面を必ず添付してください。

|       |       |      |                |  |  |
|-------|-------|------|----------------|--|--|
| 氏名    | フリガナ  | 生年月日 | 大正・昭和・平成 年 月 日 |  |  |
| 住所    | 〒     | 電話番号 | 自宅             |  |  |
|       |       |      | 勤務先            |  |  |
| 保証会社名 |       | 保証番号 |                |  |  |
| 顧客番号  |       | 登録番号 |                |  |  |
| 年式・車種 | 年式・   | 車台番号 |                |  |  |
| 支払予定日 | 年 月 日 | その他  | 完済確認・その他( )    |  |  |

【回答書送付先と精算金の支払】

【本人確認書類貼付欄】

|        |          |  |
|--------|----------|--|
| 回答書送付先 |          | ★お客様本人の運転免許証等をおいて本紙にコピーしてください。(本籍部分は、マスキングをお願いします。)<br>★運転免許証がない場合は、健康保険者証や印鑑証明<br>パスポート等のコピーをお送りください。<br>証明書類名( )<br>※本人確認のできる書類がありませんと残債確認が<br>できかねます。かならず添付をお願いします。 |
| 担当者名   | 印        |  |
| 電話番号   |          |  |
| FAX番号  |          |  |
| 支払方法   | 銀行振込 ( ) |  |
| 振込予定日  |          |  |
| 振込名義人  |          |  |
| その他    |          |  |

上記の通り、残債照会がありますので、ご回答願います。

販売会社名: 静岡ダイハツ販売株式会社 電話番号: 053-434-8110  
FAX番号: 053-434-8126

部署名: 経理室 責任者: (印)

代理人 →→→ 経理室 →→→ クレジット会社 →→→ 経理室 →→→ 代理人(回答書)

保証会社→販売会社

販売会社用

(販売会社名)  
静岡ダイハツ販売株式会社 御中 [ FAX番号 : 053-434-8126 ]

【保証会社記入欄】

年 月 日現在

|        |       |       |    |                           |           |           |    |    |    |   |
|--------|-------|-------|----|---------------------------|-----------|-----------|----|----|----|---|
| 既経過残高  |       | 円     |    | 【明細】                      | 期間        | 年 月 ~ 年 月 | 通常 | @  | 円× | 回 |
| 内訳     | 遅延金   |       |    |                           | ボーナス      | 年 月 ~ 年 月 | @  | 円× | 回  |   |
|        | 遅延損害金 |       |    | 期間                        | 年 月 ~ 年 月 | 通常        | @  | 円× | 回  |   |
| 未経過残高  |       |       |    | ボーナス                      | 年 月 ~ 年 月 | @         | 円× | 回  |    |   |
| 内訳     | 未経過残高 |       |    | ※ワンダフルクレジット               |           |           |    |    |    |   |
|        | その他   |       |    | 最終回                       | @         | 円×        | 1回 |    |    |   |
| 早完受付期限 |       | 年 月 日 |    | 確認事項                      |           |           |    |    |    |   |
| 備考     |       |       |    | 年 月迄のご請求は口座からの引き落としとなります。 |           |           |    |    |    |   |
| 保証会社名  | 支店名   | 連絡先   | 検印 | 担当者名                      |           |           |    |    |    |   |

※個人情報に係る書類ですので、取扱には十分にご留意ください。

Ver20151110