

申請年月日	年	月	日
-------	---	---	---

支払方法変更届

契約情報 確認事項	お客様番号					
	契約者名	フリガナ	印			
	ご契約住所	〒				
	※法人契約のお客様は ご記入下さい。	代表者名	担当者名			
	生年月日		19	年	月	日
	連絡先電話番号	()	-			
	連絡メールアドレス	@				

【ご記入上の注意】ご記入に不備や漏れがあった場合確認の為に、返送又はお電話にて確認させていただきます。下記内容をご確認の上ご記入ご捺印ください。

支払方法変更内容	<input type="checkbox"/> クレジットカードによる支払いへ変更(情報変更)を希望する	
	カード会社	<input type="checkbox"/> AMEX <input type="checkbox"/> UC <input type="checkbox"/> ライフ <input type="checkbox"/> クレディセゾン <input type="checkbox"/> ダイナース <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> UFJ <input type="checkbox"/> NICOS <input type="checkbox"/> セディナ(セントラル・OMC) <input type="checkbox"/> ジャックス <input type="checkbox"/> オリコ <input type="checkbox"/> Master
	カード番号	- - - - -
	有効期限	月 2 0 年
		カード名義
		<small>※クレジットカードは契約者ご本人名義のものに限ります。</small>
	<input type="checkbox"/> 口座自動引落による支払いへ変更(情報変更)を希望する	
	<small>※同封の「口座振替依頼書」に必要事項をご記入し、併せてご返送ください。</small>	
	<input type="checkbox"/> コンビニ払込票による支払いへ変更(情報変更)を希望する	
	送付先住所	〒 -
	部署	
	担当者名	
	電話番号	
	FAX 番号	
	<input type="checkbox"/> 請求書による支払いへ変更(情報変更)を希望する	
<small>※ご契約形態が「法人」の場合に限ります。</small>		
送付先住所	〒 -	
部署		
担当者名		
電話番号		
FAX 番号		

支払方法変更に関するご注意事項

「クレジットカード」を希望されるお客様へ

クレジットカードは契約者ご本人名義のものに限ります。

「口座自動引落」を希望されるお客様へ

- ・ 「口座振替依頼書」の記入に関し、以下の事項にご注意ください。
 - 口座名義は契約者ご本人名義のものに限ります
 - ご記入漏れ・誤り・捺印漏れがございますとお手続きが遅れますので、ご提出いただく前に必ず内容をご確認下さい。
 - 金融機関用・委託者用のそれぞれの用紙に、金融機関お届け印の捺印をお願いいたします。
 - 「お客様控え」は、お客様のお手元で大切に保管をお願いいたします。
 - 20日までに当社にて受付が完了致しました場合、不備による返却がなければ翌月の27日(休日の場合は翌営業日)が初回のお引落となります。
 - ご指定金融機関にて不備として返却されました場合は、一旦お手元へ返却させていただきますので、お手数ですが再度ご提出の程、宜しく願い致します。