

TEL 03-3445-2102 (受付時間 9:00~17:45 ※当社指定休業日を除く)

FAX **0120-914-851**(無料)、左記番号をご利用いただけないお客様は**03-3445-2138**(有料)

スバルクレジット残債照会依頼書

私が現在利用中の貴社クレジットを一括払い(早期完済)する場合の精算金額等につきまして、下記<個人情報<の利用について>に同意し、運転免許証等本人確認ができる書類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販売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】 ご氏名はお客様の直筆で必ずご記入ください。

氏名	フリガナ 印	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
現住所	〒	自宅 TEL	
旧住所	〒 ※住所変更を当社へご連絡されていない場合は、ご記入ください。 当社に登録されているご住所を現住所に変更させていただきます。	携帯 TEL	
契約番号		車台番号	
振込予定日	平成 年 月 日	振込名義人	
振込予定日について	振込予定日によってお振込みいただく金額が変動いたします。(毎月18日頃に翌月引落請求を確定するため)早期完済する場合は振込予定日を必ずご記入いただき、お振込みが遅れないようご注意ください。なお、お振込みは当社指定の銀行口座となります。※振込予定日のご指定がない場合は、お手続きが可能な直近の金額を回答させていただきます。		
残債問合せ種別 □に✓をご記入下さい	<input type="checkbox"/> スバル車へ代替(車両を下取する。) <input type="checkbox"/> 早期完済(所有権解除等お急ぎの場合⇒ <input type="checkbox"/> 「ご契約終了のご案内」の早期発行を希望する。) <input type="checkbox"/> その他(例:金額照会のみ)		
残債の回答先	FAX番号 _____ ※ファックス回答の場合、送信事故防止のため送信前に電話にて番号をご確認させていただきます。		
「ご契約終了のご案内」のお届け先 □に✓をご記入下さい	<input type="checkbox"/> ファックス FAX番号 _____ <input type="checkbox"/> 郵送(お振込みまたは最終お引落を確認後、上記の現住所へ郵送)※お届けに2週間程度かかる場合があります。		

記入内容が登録内容と異なる場合は電話にてお客様にご確認させていただくこともございます。(確認後、登録内容を変更させていただきます。)また、ご連絡が取れない等の理由で内容が確認できない場合、回答を保留にさせていただきます。

【販売店様 ご記入欄】ゴム印でも可

販売店名	
担当者	
TEL	
FAX	

運転免許証添付欄

〔販売店の方へ〕

クレジット残債はお客様の信用情報となりますので、ご本人様が確認できる資料の添付をお願いしております。こちらに運転免許証を置いて、本紙をコピーしてください。なお、裏面に新しい氏名や住所の記載がある場合は、裏面のコピーもお願いいたします。

運転免許証が添付できない場合、本人確認ができる書類(パスポート・健康保険証・住民基本台帳カード・住民票・印鑑登録証明書・在留カード・登記簿謄本(法人契約)等)をコピーし添付してください。

証明書類に本籍地の記載がある場合は塗りつぶしてください。

依頼書の内容に関して電話にて販売店様にご確認させていただく場合もございます。

<個人情報の利用について>

本紙の記入内容及び添付する運転免許証等の本人確認が出来る書類に記載してあるお客様の個人情報は、スバルファイナンス株式会社がお客様のクレジット残債を確認するために利用します。

