ご記入後、SOMPOクレジット株式会社へFAXまたは郵送にてお送りください。回答先として指定された方へ当社営業時間内にご連絡いたします。

繰 上 返 済 依 頼 書（WEB用）

損害保険ジャパン日本興亜株式会社　御中
SOMPOクレジット株式会社　御中

記入日	年　月　日		
氏　名	ﾌﾘｶﾞﾅ	認印	捨印
生年月日	昭和 平成　年　月　日		
自　宅	〒　－ 都道府県		
	自宅電話　－　－	携帯電話	－　－
勤務先	名　称		
	電話番号　－　－	内　線	

私が利用しているローンについて、下記のとおり繰上返済を依頼します。

■繰上返済の希望日

土・日・祝日・年末年始は金融機関休業日の為設定不可となります。また、繰上返済設定日にはシステム上制限がございます。ご希望のお日にちで設定できない場合がございますので、予めご了承ください。

年　月　日

■繰上返済をする契約番号（カード番号）

不明の場合は空欄で結構です。

現在、残高のあるご契約が複数あり、すべてを繰上返済される場合はこちらにチェックをお願いいたします。→ □

■繰上返済理由（該当理由に〇）

余裕資金　退　職　その他（　　）

■回答先（該当項目に〇）

どちらにも〇が無い場合や、「本人以外へ連絡希望」に〇があっても内容が記入されていない場合は、契約者ご本人さまへのご回答となります。

① 本人に連絡希望→ 携帯電話　自宅電話　勤務先電話

② 本人以外へ連絡希望

ご家族の方など、契約者ご本人さま以外への回答をご希望の場合は下記にご記入ください。

連絡先氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	本人との関係	契約者本人から見た関係
連絡先住所	〒　－ 都道府県		
	連絡先携帯　－　－		
	連絡先電話　－　－	連絡先FAX	－　－

※繰上返済に関するご注意事項※

・繰上返済には事務手数料とご返済日までの日割利息がかかります。
・お振込でのご返済の場合、繰上返済日までに当社に着金するようにお手続きをお願いいたします。
・繰上返済のご依頼をいただいた時期によっては、次回の口座振替請求をお止めすることができない場合がございます。引落になった場合は引落月の月末までにご返金致しますので、予めご了承ください。

◆本書とともに本人確認書類の送付をお願いいたします◆

契約者ご本人さまであることを証明する書類（下記書類のうちいずれか一種類）のコピーを添付してください。添付が無い場合は、ご本人さまに確認のご連絡をいたします。

◆ 運転免許証　※**裏面に記載がある場合は両面を添付してください。**
◆ 運転経歴証明書（発行日2012年4月1日以降のもの）
◆ 健康保険証（両面）　◆ パスポート　◆ 在留カード　◆ 特別永住者証明書

≪お客さまの個人情報のお取り扱いについて≫

本書面にご記入いただいたお客さまの個人情報は、損害保険ジャパン日本興亜株式会社およびSOMPOクレジット株式会社が繰上返済・届出事項変更手続きの目的にのみ使用し、ご本人の承諾のない限り個人情報を第三者へ開示・提供することはありません。

【お問い合わせ先（事務受託会社）】
〒160-8338　東京都新宿区西新宿1-26-1
SOMPOクレジット株式会社　業務部
電話：0120-015-023　（土・日・祝日・年末年始を除く 9:00～17:00）
FAX：03-3342-3303