＜自動車販売会社･車買取専門店様用＞

送信先 FAX 番号:**06-6535-3291**

（個人情報につき、FAX の送信ミスには十分ご注意ください）

マツダクレジット　行
（SMMオートファイナンス㈱）

年　　月　　日

早期完済金額照会依頼書

私が現在利用中の貴社クレジット契約を一括払いする場合の金額等につきまして、運転免許証等の本人確認書類を提示の上、下記取扱店を通じて照会依頼しますので、ご回答をお願いします。又、本問合せによる早期完済後の『契約終了のご案内』発行･『残高確認』照会についても、併せて同意しておりますので、重ねてご連絡します。
なお、本照会に対する回答は、私に代わって下記取扱店が受領しますので、貴社所定の書面にて下記取扱店宛にご通知いただきますようお願いいたします。

【氏名･生年月日･住所･電話番号につきましては、お客様ご自身でご記入ください】

氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ ㊞	生年月日	昭和 ・ 平成 年　月　日
住所	〒	自宅電話番号	
		携帯電話番号	
		勤務先電話番号	

契約番号		早期完済条件	**月 26 日分まで**お支払後 翌月 10 日までに残額を一括
年式･車種		振込名義人	
登録番号		購入販売店	
車台番号			

※上記、早期完済条件について、**何月分まで口座振替でお支払するか** を必ずご記入ください。

【照会依頼取扱店の方へ】

●ここに、お客様から提示を受けた運転免許証を置いて、
本誌をコピーしてください。（本籍のマスキングをお願いします）

●運転免許証が添付できない場合は、本人確認ができる書類
（パスポート、健康保険証、印鑑証明書等）を添付してください。

●商談場所によって、本人確認書類をコピーできない時は
各番号（免許証番号･パスポート番号･健康保険番号）を
ご記入願います。
その際、お客様に別途ご連絡をする場合があります。

【備考欄】

※照会結果につきましては別書面にてご回答させていただきます。

【 照会依頼取扱店記入欄 】 回答書送付先

お取扱店	
ご担当者	
電話番号	
FAX 番号	

回答書送付先の **FAX 番号記入ミス**には十分ご注意ください

■本件に関するお問合せ先
SMMオートファイナンス株式会社
マツダクレジット　カスタマーサービスセンター
電話番号　06-7739-0612
FAX 番号　06-6535-3291
受付時間 10:00 ～ 19:00（平日のみ）

＜自動車販売会社･車買取専門店様用＞

送信先 FAX 番号:06-6535-3291

（個人情報につき、FAX の送信ミスには十分ご注意ください）

マツダクレジット　行
（SMM オートファイナンス㈱）

ご記入例

2017 年　5 月　1 日

早期完済金額照会依頼書

私が現在利用中の貴社クレジット契約を一括払いする場合の金額等につきまして、運転免許証等の本人確認書類を提示の上、下記取扱店を通じて照会依頼しますので、ご回答をお願いします。又、本問合せによる早期完済後の『契約終了のご案内』発行･『残高確認』照会についても、併せて同意しておりますので、重ねてご連絡します。

なお、本照会に対する回答は、私に代わって下記取扱店が受領しますので、貴社所定の書面にて下記取扱店宛にご通知いただきますようお願いいたします。

ご捺印または書き判（ご苗字を〇で囲む）がない場合はご回答できませんので、ご注意ください。

【氏名･生年月日･住所･電話番号につきましては

氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ　マ ツ ダ　タ ロ ウ 松田　太郎　松田	生年月日	昭和 ･ 平成 45 年 6 月 12 日
住所	〒100-0001 大阪市中央区中町 2-3-5	自宅電話番号	06-4567-****
		携帯電話番号	090-1234-****
		勤務先電話番号	075-456-****
契約番号		早期完済条件	5 月 26 日分まで お支払後 翌月 10 日までに残額を一括
年式･車種	平成 24 年式　デミオ	振込名義人	松田　太郎
登録番号	大阪　500　ぬ　**-**	販売店	マツダ***株式会社
車台番号	DEJFS-****005		月分まで口座振替でお 。

出来る限りご記入ください。不明の場合は記入不要です。

【照会依頼取扱店の方へ】

●ここに、お客様から提示を受けた運転免許証を置いて、本誌をコピーしてください。（本籍のマスキングをお願いします）

●運転免許証が添付できない場合は、本人確認ができる書類（パスポート、健康保険証、印鑑証明書等）を添付してください。

●商談場所にて、本人確認書類をコピーできない時は各番号（免許証番号･パスポート番号･健康保険番号）をご記入願います。
その際、お客様に別途ご連絡をする場合があります。

免許証（写）

【備考欄】

※照会結果につきましては別書面にてご回答させていただきます。

【 照会依頼取扱店記入欄 】 回答書送付先

お取扱店	******株式会社 ***店
ご担当者	山 田　**雄
電話番号	06-2310-****
FAX 番号	06-2311-****

回答書送付先の FAX 番号記入ミスには十分ご注意ください

■本件に関するお問合せ先
SMMオートファイナンス株式会社
マツダクレジット　カスタマーサービスセンター
電話番号　06-7739-0612
FAX 番号　06-6535-3291
受付時間　10:00 ～ 19:00（平日のみ）