

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	フリガナ	認印	
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
	- -		

私が利用しているローンについて、以下のとおり繰上返済を依頼します。

■ 繰上返済希望日 (以下の①～③をお読みにになり、希望日を記入してください。)

① 繰上返済額

元金残高 + 繰上返済事務手数料 + 繰上返済日当日までの日割利息の合計額

② 設定できない日

初回返済日より前の日付、土日祝日、年末年始(12/31～1/3)
(上記以外にも、システム上の制限により設定できない場合がございます。)

③ 返済方法

【振込】 繰上返済日当日の正午までに振込ができる平日
【引落】 毎月の引落日(引落希望日の前月15日までの申出が必要です。)

年 月 日

■ 繰上返済をする契約番号(カード契約の方はカード番号)

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
をご記入ください。→ □

■ 繰上返済理由(該当理由に○)

借 換

退 職

その他()

■ 回答先(該当項目に○)

どちらにも○が無い場合や、「本人以外へ連絡希望」に○があっても内容が未記入の場合は、
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	フリガナ	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 電話	- -	連絡先 FAX	- -

■ ご注意事項

繰上返済受付のタイミングにより、次回の口座振替請求が止められない場合がございます。
引落された場合は、引落日の月末までに引落口座にご返金いたします。

本依頼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(以下のいずれか一種類)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させていただきます。

- ・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 ※裏面に住所の記入をお願いいたします。)
- ・パスポート ・在留カード ・特別永住者証明書 ・マイナンバーカード(表面のみ)

《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 ローン審査部 カスタマー担当

電話:0120-015-023 (土・日・祝日・年末年始を除く9:00～17:00)

FAX:03-3342-3303