必ず最新版をご使用ください。
Please use the latest version.

coface JAPAN

クレジットリミット設定請求書
REQUEST
for
Establishment of Credit Limit

最長決済期間
日
Effective Period
From
To

保険契約者または**被保険者**
Policyholder and/or **Insured**

契約番号 Policy Number

送付先　To be addressed to :

コファスジャパン信用保険会社／COFACE JAPAN
Toranomon Kotohira Tower 17F
1-2-8 Toranomon, Minato-ku, Tokyo 105-0001
〒105-0001 東京都港区虎ノ門1-2-8　虎ノ門琴平タワー17F
Tel. (03)5521-2180　Fax (03)5521-2189

請求日
Date of Request

Y	M	D

取引先　Buyer

フリガナ
取引先名／ Name :

フリガナ
所在地／ Address :

貴社の取引先照会番号
Buyer's Reference in your information system :

フリガナ
登記住所／ Registered Address :
（上記と異なる場合／ If different ）

Tel :　　Fax :

取引予想　Information about planned transactions

クレジットリミット設定希望額
Credit Limit Requested :　　0 0 0 0 0 0 YEN

最小出荷額
Minimum Value of Delivery :　　0 0 0 0 0 0 YEN

商品　Nature of Products :

決済方法　Method of Settlement :

決済期間　Duration of Credit :

包括契約書および本請求書の右肩に記載された最長決済期間内であることをご確認ください。
決済期間が最長決済期間を超える場合、当社によりクレジットリミットの設定がなされても個別の承諾がない限り、保険金支払いの対象とはなりませんのでご注意ください。

最長
Max.　　(日間)請求日より
days from date invoice

保証または担保について　Security and Guaranties Proposed :

当該取引先の株式保有の有無
Is it for a company with which you are associated ?　☐ はい Yes　☐ いいえ No

備考　Observation

以下についてご記入お願いします。PLEASE SPECIFY HERE :
- 担当者名／the name of the person concerned with this customer :
- 電話番号／your telephone number :
- ファックス番号／your fax number :

請求者の署名／ Applicant's signature