

保険金請求書
CLAIM FORM

最長決済期間
日
Effective Period
From
To

請求日
Date of Claim

Y	M	D

被保険者 Insured

契約番号 Policy Number

Tel : Fax :

取引先 Buyer Ref. No. 395/

Tel : Fax :

請求書送付先 Address for Invoices
(上記と異なる場合 / If different from above)

Tel : Fax :

請求者 Invoices issued by
(上記と異なる場合 / If different from above)

Tel : Fax :

請求金額 Invoice Amount			既払金額(含小切手) Payments or Credit Notes※			備考 Remarks
請求書番号 Invoice Reference	請求日 Invoice Date	決済日 Settlement Date	金額 Amount (単位 / Unit : ¥)	金額 Amount (単位 / Unit : ¥)	決済日 Date	
		合計 Total Amount				
		差額 Net Debt				

※小切手による支払の場合は備考欄に明記して下さい。
If a Credit Note is concerned, state this in remarks.

保険事故の種類 : 法的手続きを伴う債務不履行 その他の債務不履行
Nature of the Claim Insolvency (type: Default

保険金請求に際し、次の書類等を添付して下さい。

- ・事故発生に至る経緯、状況
- ・未払債務に関する交渉経緯
- ・当該取引先対して過去に発行した請求書コピー
- ・売買契約書および納品伝票等、出荷を証明できるもの

Check list of supporting documents :

- Summary of circumstances giving rise to loss
- Correspondence relating to the debt
- Invoices and a copy the last 12 months trading statement with this customer
- Sales agreement (purchase order, general conditions of sales) and proof of delivery

送付先 To be addressed to :

コファスジャパン信用保険会社/COFACE JAPAN
1-2-8 Toranomom, Minato-ku, Tokyo 105-0001
〒105-0001 東京都港区虎ノ門1-2-8
Tel.(03)5521-2180 Fax (03)5521-2189

請求者の署名 / Claimant's signature