coface JAPAN

保 険 金 請 求 書
CLAIM FORM

最長決済期間
日

Effective Period
From
To

	Y	M	D
請求日 Date of Claim			

被保険者 Insured

契約番号 Policy Number

Tel : Fax :

取引先 Buyer Ref. No. /

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 ：
Nature of the Claim

☐ **法的手続きを伴う債務不履行** Insolvency (type:)

☐ **その他の債務不履行 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、出荷を証明でき得るもの

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

請求者の署名／ Claimant's signature

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 Toranomon, 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