

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

決 済 期 間 延 長 承 認 請 求 書
APPLICATION FOR EXTENSION OF CREDIT TERMS

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
Toranomom Kotohira Tower 17F
1-2-8 Toranomom, 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

名 称 Name		取引先番号 Buyer's Number (If you know it)
所在地 Address		395/
Tel :	Fax :	

請求金額 Amount (単位/Unit: ¥)	請求日 Invoice Date	決 済 日 Settlement Date	支 払 延 長 Credit Extension Sought	
			延長金額 Amount (単位/Unit: ¥)	延長された決済日 New Settlement Date

請求者の署名 / Applicant's signature

【保険者使用欄 / INSURER'S USE】

決 済 期 間 延 長 請 求 に 対 す る 回 答 書
REPLY YO REQUESTED EXTENSION OF CREDIT TERMS

回答日
Date of Reply

Y	M	D

上記請求に対してCofaceは承認いたします。 / 承認いたしません。
We accept / refuse this (these) extension(s) of settlement as per the condition give above.
This decision is applicable only to the buyer as per the name and address shown above.
This is subject to any modifications subsequently made by ourselves.

To : _____ 御中

与信業務部長 / Risk Manager
COFACE JAPAN