

支払遅延の通知書
NOTIFICATION OF OVERDUE ACCOUNT

最長決済期間
日

Effective Period
From
To

通知日 Date of Notification	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.

通知内容 Information to be provided by the Insured

未決済の理由 / REASON FOR NON PAYMENT : _____

債権額についての紛争の有無 / IS THE CLAIM DISPUTED : はい Yes いいえ No

債権回収の為に既に取られた手段 / STEPS TAKEN BY INSURED TO EFFECT RECOVERY : _____

債権保全の有無(所有権留保、個人もしくは銀行保証等) / IS THE CLAIM SECURED (RETENTION OF TITLE, PERSONAL OR BANK GUARANTEE) : _____

担当者 / CONTACT : _____ Tel : _____

IMPORTANT : WE REMIND YOU THAT THE WAITING PERIOD FOR INDEMNITY RUNS FROM THE DATE WE RECEIVE YOUR NOTIFICATION OF OVERDUE ACCOUNT.

注意: 保険金支払までの待機期間は本通知書を当社が受領した日をもって起算日とすることにご注意ください。

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

請求者の署名 / Insured's signature