

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



出荷承認請求書
REQUEST FOR COVER OF ORDERS TO DELIVER

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		
Tel :		395/
Fax :		

未決済請求金額 Outstanding invoices

出荷日 Date of Delivery	金額 Amount (単位/Unit : ¥)	決済日 Settlement Date	備考 Observations

既注文出荷 Orders to deliver

金額 Amount (単位/Unit : ¥)	支払条件 Payment Conditions	受注日 Date of the order	出荷日 Date of Delivery

請求者の署名 / Applicant's signature