

データ伝送取消依頼書（総振・給振用）

（データ取消時、ファクシミリで送信してください）

年 月 日

株式会社 大光銀行 本支店サポートG 御中

FAX 0258-34-5561

TEL 0120-585-376

おところ

ご依頼人) おなまえ

印

ご連絡先

ご担当者名

私（当社）が、データ伝送で送信した下記のデータについて、取消を依頼いたします。

記

データ種類	総振 ・ 給振 ・ 賞与	依頼人コード	0	0	0	0								
代表口座種別	普通・当座	代表口座番号										お取扱店名 支店		
データ伝送日	年 月 日 （ 曜日 ） 時 分 頃													
振込指定日	年 月 日 （ 曜日 ）										取引のサイクル番号			
件 数						件								
振込金額											円			
取消事由	振込指定日相違 ・ 金額相違 ・ 仕向銀行相違 ・ その他													
※対象項目に ○印を囲んで ください	[詳細事由 記入欄]													

※ データ取消は、TEL「0120-585-376」へご連絡願います。

※ 本票はコピー、またはホームページから印刷してご利用ください。

以 上

（銀行使用欄）

電 話	確認時間	先方ご担当者	検 印	確認者

取消データ確認		取消オペレーション	
検 印	担 当	検 印	担 当

受付照合番号

・ FINEMAX端末履歴確認
・ <RQ:92700>確認