

データ伝送取消依頼書（口座振替用）

（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

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（口座振替データ）で依頼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	口座振替	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						
振替日	年 月 日		(曜日)								
件数					件						
金額										円	
取消事由	振替指定日相違 ・ 金額相違 ・ 口座振替先情報相違 ・ 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。

※ データの再送信は、必ず銀行からの取消完了の連絡後に行ってください。

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