

代位弁済請求書

平成 年 月 日

※当月15日までにご報告・ご請求ください。

管理会社様 (自主管理の場合オーナー様)			
御社名		担当名	
TEL		FAX	

送金先			
金融機関名		支店名	普通・当座
口座番号		コウザメイギ (カナで記入)	

請求対象者							
No.	承認番号	契約者氏名	物件名称	号室	請求額	対象月	支払約定日
1							
2							
3							
4							
5							

※入居者様より入金があった場合は、下記にご記入の上、FAX連絡をお願いします。

日付	内容
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	

振込予定日	
-------	--

受付日	受付印

上記代位弁済請求を受付致しました。



株式会社ルームバンクインシュア
東京都渋谷区神宮前6-12-20
J6Front 7階
TEL 03-5468-3315

**※受付印が捺印してある
本書が返信されない場合は
ご連絡ください。**

FAX番号 03-5468-3316