

証憑類貼付台紙

証憑類貼付欄

※クレジット伝票や利用内容が記載されたレシート、商品タグ等のコピーを貼付して送信してください。
本紙に収まらない場合は、別紙を代用下さい。

不備No. _____

記入見本

※ご記入の際は、コピーを1部ご用意ください。
 本書式に修正液・修正テープは
 お使いいただけません。

①ご依頼者

訂正ご依頼店が商業施設等のテナント様の場
 合、会社名及び社印(角印などの朱印)は、
 ジャックスと加盟店契約のある商業ビル等の
 管理先のものが必要です。

社印(角印)を朱印
 にて押印願います。
 押印が困難な場合は、経理
 担当部署、または店舗責任
 者様の役職名・署名・捺印
 にて対応願います。

念書 兼 売上訂正依頼書

20xx年 x月 x日

株式会社ジャックス 行
 送付先 (FAX : 03-6758-2066)

①	社名 :	印
	代表者名 :	
	店舗名 :	
	担当者名 :	印
	電話番号 :	

下記内容のカード売上不備について請求手続き変更を依頼します。

後日、会員が貴社に対し、売上票の不備を理由として支払に応じない場合、貴社からの要求次第即時買戻しに応じます。尚、本取扱により如何なる事故が発生しても、全て当方にてその責を負い、貴社に一切のご迷惑をおかけ致しません。

②カード番号

カード番号はお客様の個人情報にあたります。加盟店控えに記載のある全16桁のうち、隠してある部分はそのまま『×××』とご記入ください。

依頼内容

該当のものにチェックを入れてください。

金額訂正(取消)
 金額訂正(増額)
 金額訂正(減額)
 支払区分変更
 分割回数変更

売上内容・訂正依頼内容

売上票「加盟店控え」または「カード会社用」をご確認の上、以下の内容をご記入願います。

カード会社	ジャックス (KID : 208 ・ 226)											本書式の記入内容の訂正は、 訂正印をご使用ください。 (修正液・修正テープ使用不可)									
端末番号	5	9	1	1	0	-	1	2	3	-	4	5	6	7	8						
売上(利用)日	20xx年			x月			x日														
② カード番号	1	2	3	4	-	5	6	7	8	-	9	0	1	2	-	3	x	x	x		
③ 売上金額			1	2	3	4	5	円	(訂正後)売上金額			1	0	0	0	0	円				
④ 支払区分	一括払い						④ (訂正後)支払区分														
⑤ 分割回数	1回						(訂正後)分割回数														
商品名	衣料品																				
訂正理由	金額打ち間違いのため																				
承認番号	123456						伝票番号		12345												
会員了承	<input checked="" type="checkbox"/> 了承済み			<input type="checkbox"/> 連絡取れず			<input type="checkbox"/> 会員連絡先不知														
キャンセル処理	<input checked="" type="checkbox"/> 貴社へ依頼			<input type="checkbox"/> 伝票を作成			<input type="checkbox"/> データ送信														

③支払区分/分割回数 (例)
 一括払い/1回
 分割払い/2回
 ボーナス払い/1回
 リボ払い/記入不要
 ※分割回数に記入がない場合、
 1回と判断致します。

④訂正したい金額・支払区分・分割回数
 訂正したい金額・支払区分・分割回数
 をご記入ください。変更のない項目に
 ついては記入は不要です。
 尚、お取消の場合については(訂正後)
 売上金額の欄に0とご記入ください。

⑤ 加盟店情報

加盟店番号	1	2	3	4	5	6	7	8										
店舗名(カナ)	〇〇スーパー トウキョウ△△テン																	
店舗名	〇〇スーパー 東京△△店																	
担当者名(カナ)	スズキ、ヤマダ(店長)																	
部署・売場等	〇階レジ担当 / 経理担当 / 倉庫管理担当 等																	
連絡先	03 - xxxx - xxxx																	
希望連絡時間帯	14:00~15:00																	

※ジャックス営業時間 (平日/09:45~17:45)

⑤加盟店様のご情報

加盟店番号：不明な場合は空白としてください。
 担当者名(カナ)：ご不在時、他に対応可能な方が
 いらっしゃいましたら複数名ご記入ください。
 部署・売場等：特に無い場合は不要です。
 希望連絡時間帯：希望が無い場合は不要です。ご希
 望に添えない場合もございますので予めご了承ください。
 ※ジャックス営業時間内に限ります。

ジャックス使用欄

会員番号																						
売上加盟店																		検印	処理印	検印	担当印	受領印
備考																						