

株式会社クレディセゾン  
加盟店デスク 宛

TEL : 03-5996-1147  
FAX : 0570-045-000

受付番号 : MC  
(受付完了メール等記載の受付番号)

加盟店名 :

連絡先 :

担当者指名 :  
(責任者と同一の場合省略可能)

## 請求内容訂正依頼書

下記添付資料に基づき、請求内容の訂正をご依頼いたします。

本件について、カード会員およびカード発行会社と貴社との間で紛議が生じた場合は、当社（加盟店契約店）の責任において解決いたします。貴社から連絡があり次第、すみやかに訂正処理を取り消し、貴社に対し領収済み立て替え金の返還に応じることを承諾いたします。

年 月 日 責任者氏名 印

(社印もしくは個人印も可)

### 《注意事項》

- ・この書面は必ずしも訂正処理をお約束するものではありません。
- ・記載漏れがある場合、再度承諾をいただく旨のご連絡をする場合がございます。

## 添付欄

### ①クレジットカード売上表（カード会社控え）

### ②正しい金額が印字されたレシート

#### 《注意事項》

- ・カード会社控えであることを確認してください。カード会社控えがない場合は、加盟店控えやレシート等を添付してください。
- ・記載内容が見切れている、文字が不鮮明等の場合はお取り扱いできかねます。貼付前にご確認をお願いいたします。
- ・枠内に収まらない場合は、別紙に貼付し、本用紙と一緒に送ってください。

#### 《必須項目》

- ・会員番号（全桁表示不可）
- ・利用日
- ・金額
- ・支払回数
- ・取引内容