

年 月 日

いししんビジネスバンキング
ハードウェアトークン (ワンタイムパスワード) 申込書
(兼手数料口座振替依頼書)

神奈川県医師信用組合 あて

おところ											
おなまえ											
代表口座	店舗		種類	口座番号						お届け印	
	<input type="checkbox"/> 本店	<input type="checkbox"/> 相模原	普通								○
	<input type="checkbox"/> 川崎	<input type="checkbox"/> 平塚	預金								

私（当社）が貴組合にて利用している「いししんビジネスバンキング」の取引において、ワンタイムパスワードを利用するため、次のとおりハードウェアトークンを申し込みします。
なお、申し込みにあたり、貴組合所定の手数料（1,300円／1個）をお支払いいたします。

ご依頼区分 (依頼内容の箇所に「✓」を付けてください。)

<input type="checkbox"/>	追加発行	注意	<ul style="list-style-type: none"> ・所定の発行手数料がかかります。 ・よろしければ追加発行の理由を教えてください。 理由:			
<input type="checkbox"/>	再発行	理由	<input type="checkbox"/>	紛失	所定の発行手数料がかかります。	
			<input type="checkbox"/>	盗難		
			<input type="checkbox"/>	破損・故障	発行手数料は不要です。	
			<input type="checkbox"/>	バッテリー切れ		
<input type="checkbox"/>	返却	理由	<input type="checkbox"/>	いししんビジネスバンキングを解約予定・機能制限		
			<input type="checkbox"/>	_____ 個使用から _____ 個使用に変更		
			<input type="checkbox"/>	その他		

(組合使用欄)

店番	顧客番号	発行トークンのシリアルNo	回収トークンのシリアルNo

・2枚コピーのうえ、1枚はお客様にお渡しし、1枚は代表口座店舗が保管。原本は本部へ送付。

(本人確認/代理人本人確認)		年	月	日	本 部				営業店		
(場所)		検印	担当		検印	登録	検印	仮登録	検印	受領	印鑑照合
(確認方法)											
(記号番号)											