【ご契約者名】　※署名・捺印は必ず契約者さまご本人にお願いいたします。　　**記入日：　　年　　月　　日**

ご契約者名 （ご署名）	フリガナ	認印 ㊞もしくはサイン	証券番号
ご住所	フリガナ 〒　　― 都 道　　市　　区 府 県　　郡 マンション・アパート・公団・社宅の場合は名称・号棟・室番号までご記入ください。		
固定電話番号	―　　―	携帯番号	―　　―

※記入日時点で住所・電話番号・姓を変更されている場合には、変更後の情報を記入し、ご返送ください。クレジットカード情報とあわせてお手続きいたします。

【クレジットカードお支払い届】

SBI プリズム少額短期保険株式会社　御中

私は、クレジットカード支払い規定を確定のうえ、以下のクレジットカードで保険料をお支払いいたしますのでお届けします。

【お支払いクレジットカード（ご本人名義）】

ご利用可能カード会社

VISA	マスターカード	JCB	アメリカン・エキスプレス	Diners

デビットカードはご利用になれません。

1.クレジットカード番号

□□□□ ― □□□□ ― □□□□ ― □□□□

2.クレジットカード有効期限（クレジットカード記載のとおりにご記入ください。）

／　　＊記入例：カードの記載が「02/21」の場合 →02/21

3.クレジットカード名義人（クレジットカード記載の英字のとおりご記入ください。）

【＊ご家族のクレジットカードでお支払いの場合は、以下にカード名義人さまのご署名、ご捺印をお願いいたします。】

お支払いカード名義人 （ご署名）		契約者の支払いを 私のカードで支払うこと に同意します。	㊞	続柄

■クレジットカード支払い規定

1. 私は保険料を私が指定するクレジットカード（以下「、指定カード」）により、指定カード発行会社の会員規約に基づいて支払います。
2. 私から申し出がない限り、本保険契約に関する契約の継続・変更の保険料の決済を指定カードで前項と同様に会員規約に基づいて支払います。
3. 私は指定カード発行会社により、私が本保険契約のために届け出た会員番号・有効期限が更新された場合であっても更新された会員番号や有効期限に基づいて保険料を異議なく支払います。
4. 私は指定カード発行会社から会員資格喪失等により、指定カードの利用を中止するように通知を受け、保険料の支払いが停止になっても異議はありません。
5. 私は紛失や変更等で指定カードの会員番号や有効期限が変更になった場合、私に事前の通知なしに新しい会員番号や有効期限が指定カード発行会社により通知されても異議はありません。
6. 私は指定カードの会員番号や有効期限が変更になった場合はすみやかに通知いたします。
7. 保険契約者と指定カード会員名が異なる場合は、保険料等のお支払いを指定カード会員はこれを承諾したものとみなします。
8. 私は指定カードで支払った保険料について、領収書を請求いたしません。

社内使用欄