

臨時売上票

会員番号																						
会員氏名							カード有効期限	年 月														
加盟店番号							加盟店名															
利用日(西暦)	年 月 日																					
お支払方法 (いずれかひとつに○印) ※ご指定のない場合は1回払いとさせていただきます	1回払い		分割払い <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">6</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">10</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">12</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">15</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">18</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">20</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">24</td> <td></td> </tr> </table> ※ボーナス併用あり(右欄に○)										3	5	6	10	12	15	18	20	24	
	3	5											6	10	12							
	15	18											20	24								
	2回払い																					
ボーナス一括払い																						
リボルビング払い																						
取消伝票	<input type="checkbox"/> 取消または返品の場合は、金額前の□内に▲をご記入の上、左記の□欄を塗りつぶしてください。																					
承認番号 AUTHORIZATION NO.																						
売上金額 (税抜)	百万	十万	万	千	百	十	円															
税送料	百万	十万	万	千	百	十	円															
合計金額	百万	十万	万	千	百	十	円															
品名・型式他												×	個									
												×	個									
売場名	SECTION						担当者	CLERK														
会員ご署名 <small>金額/日付を確認してご署名ください</small>	SALE CONFIRMED AND DRAFT ACCEPTED PURCHASER-ACCEPTOR SIGN HERE																					

<ご注意事項>

- 本帳票はUCカードおよび Mastercard・Visa のご利用でのみお取り扱いいただけます。
- 金額は右詰でご記入ください。
- 信用販売制限額を超える場合には、UC オーソリセンターへ承認番号をお求めください。
 ●UCオーソリセンター：0570-064-822 (24時間/年中無休)
 (0(ゼロ)発信の電話をご使用の加盟店さまは<0+0570-064-822>とダイヤルしてください)
- 臨時売上票は、インプリンターにてカード表面表記の会員番号、有効期限、会員氏名の印字ができないため、会員様より利用覚えなし等の申し出があった際は、当該売上債権を返金いただく場合がございます。
- 下記の事項について、記入漏れがないことをご確認の上、チェック☑をお願いいたします。

会員番号		カード有効期限	
利用日		会員ご署名	



臨時売上集計票

(発送日) 年 月 日

加盟店番号											
加盟店名											
住所	〒 担当者 電話 ()										
売上種別	売上種別毎に集計の上該当するもの一つ選択し、 ※ (記入例) <input type="checkbox"/> 記入例のように塗りつぶしてください。 ※ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> ボーナス <input type="checkbox"/> リボ <input type="checkbox"/> 分割 ※ご指定がない場合は1回払いとさせていただきます。										
売上票枚数											枚
売上額											円
税送料											円
合計金額											百万 千 円

※合計金額がマイナスの時は金額の前に「▲」の表示をお願いします。

※金融機関への持込はできません。

※売上票は 300 枚以内でご集計ください。

<送付先>

〒165-8691

日本郵便株式会社 中野北郵便局 私書箱 第30号

ユーシーカード株式会社 売上受付担当 行

U C 使 用 欄	受付日
	受付番号