

インターネット・モバイルバンキングサービス利用停止・自動停止解除等依頼書

株式会社山口銀行 御中

お申込日（西暦） 年 月 日

お届け事項（必ずご記入ください）

おところ	〒 -				
おなまえ	(フリガナ)			生年月日	
				西暦・大・昭・平・令 年 月 日	
代表口座	取引店	店番	科目	口座番号	
	支店出張所		普通		
ご連絡先電話番号	- -				

インターネット・モバイルバンキングに関するお申込（お申込いただく項目のみご記入ください）

(1) 利用停止（該当の口にレ印をつけてください。）

<input type="checkbox"/>	一時的な利用停止の登録（緊急停止） 【停止理由】 <input type="checkbox"/> パスワード漏洩・紛失 <input type="checkbox"/> 契約者カード喪失 <input type="checkbox"/> その他（ ）	「一時的な利用停止の登録」後、再開する際には「一時的な利用停止の再開」のお届けが必要です。
<input type="checkbox"/>	一時的な利用停止の再開 <input type="checkbox"/> （利用停止依頼日 年 月 日） <input type="checkbox"/> 長期間ご利用がなかったことによる振込サービス自動停止の解除	<input type="checkbox"/> 契約者カードの再発行

(2) パスワード再設定・ロック解除（該当の口にレ印をつけてください。）

<input type="checkbox"/>	ログインパスワード再設定	(注) 生年月日等類推されやすい番号はお避けください。										
英小文字	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4桁から12桁の英数字をご使用ください。 英字・数字をそれぞれ1文字以上ご使用ください。 誤登録防止のため、英文字記入の場合は、大文字・小文字の該当箇所を塗りつぶしてください。			
英大文字	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	確認番号ロックを解除	確認番号を規定回数以上誤って操作したことによる自動停止の解除										
<input type="checkbox"/>	各種料金払込禁止の解除	マルチペイメント操作時にお客様番号・納付番号・確認番号を累計で10回誤って操作したことによる自動停止の解除										
<input type="checkbox"/>	口座確認照会のロック解除	取引の伴わない口座確認照会を累計で10回操作したことによる自動停止の解除										

(3) 1日あたりの振込限度額の変更（引上げ）

				万円	振込限度額の上限は 1,000 万円です。
--	--	--	--	----	-----------------------

※振込限度額を引下げの場合は、インターネットモバイルバンキングサービス「各種お手続き」から変更できます。

(4) 電子メールアドレスの変更

登録・変更	
-------	--

銀行使用欄

i-BOX 送付(FBセンター宛)

受付場所	<input type="checkbox"/> 受付店(支店)			【印鑑レスの場合】本人確認方法			
	<input type="checkbox"/> FBセンター			<input type="checkbox"/>	キャッシュカード暗証番号		
受付日付				<input type="checkbox"/>	指認証		
				<input type="checkbox"/>	公的証明書		
印鑑照合・本人確認		内容確認					
検閲	実施	検閲	実施	資料名:			
				番号等:			

開封確認	送信確認

FBセンター登録日付

検閲	実施

【受付店処理事項】 受付後、FBセンターあて i-BOX にて送信する。
ご契約者控えとしてコピーをお客さまへお渡しください。
内容確認、印鑑照合または本人確認を実施し検閲印を押印してください。