

「アリシアクリニック」破産事案に関する返金申請対応の申請書

りそな銀行
埼玉りそな銀行
関西みらい銀行
みなと銀行

(西暦) 年 月 日

御中

おところ

おなまえ

私は、「アリシアクリニック(運営法人:医療法人社団美実会、一般社団法人八桜会)」の破綻事案を受けて契約代金を支払い済みであるにも関わらず、当該法人からの未施術分の代金返還を希望し、貴社に対して加盟店管理会社への代金返還請求を執行いただきたく申請します。

なお、カード加盟店が破産している状況踏まえ、貴社の返還請求に加盟店管理会社または加盟店が応じず代金返還が却下され得ることを承諾いたします。

1. りそなデビットカード契約口座

銀行名		店番・支店名							
預金種類	普通預金	口座番号							

2. 「アリシアクリニック」との契約情報

ご契約日		お支払日	
総回数		未受診回数	

※複数契約ある場合は枠内にそれぞれご記載ください。

3. 申請書類(同封書類にレ点をお願いします)

- ①契約時に交付された契約書および契約の内容がわかる概要書等のコピー
- ②施術回数分かる資料(診察券、会員証コピーまたは会員 WEB、アプリのスクリーンショット)
- ③最終施術日分かる資料(診察券、会員証コピーまたは会員 WEB、アプリのスクリーンショット)
- ④(お持ちであれば)クリニックとの対応履歴分かる資料(Eメール等の対応内容がわかるもの)
- ⑤倒産の事実を知った資料(破産管財人からの通知書など)

※②と③が同一の資料で確認できる場合はまとめていただいても問題ございません。

以上

(銀行使用欄)

(受付日

)

受付	検印