



Please check one box only (いずれかを選択して下さい)

Tokyo Branch (東京支店)

Osaka Sub Branch (大阪出張所)

## BENEFICIARY DELETION FORM 受取人登録抹消依頼書

Pin No. : \_\_\_\_\_

※ローマ字でご記入下さい。 Last Name (姓) First Name (名) Middle Name

Remitter Name (お名前) : \_\_\_\_\_

Address (ご住所) : 〒 \_\_\_\_\_

Tel. No. (ご連絡先) : \_\_\_\_\_

I/We hereby authorize METROPOLITAN BANK AND TRUST COMPANY (MBTC) Tokyo Branch/Osaka Sub-branch to note as deleted the following beneficiary/beneficiaries, stated below, from my list of beneficiaries. I/We understand that this will render the beneficiary account and beneficiary number unusable for purposes of remitting funds from me/us.

In case I/we would like to request for the reinstatement of my beneficiary, I/we understand that I/we need to fill out a new application form for additional beneficiary and it will be listed as a new beneficiary with a new beneficiary number assigned.

私が利用しております貴行外国送金登録から、下記に記入しました受取人の登録を抹消していただくようお願い致します。本件抹消により受取人のデータが消滅し、以降当該の受取人への外国送金が利用できなくなること及び、当該の受取人へ再度海外送金する機会が生じた場合は、新たな受取人として追加登録の申し込みが必要になることを了解します。

No.	Beneficiary Name(受取人名)	Bank /Branch(銀行/支店)	Bank Account Number(口座番号)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

By signing on this application form, I hereby certify the accuracy of the information indicated and that I agree to the conditions of this application as aforementioned.

以下に署名することにより、記入した内容が正しいことを証明し、また当該の申込みにおける注意事項に同意します。

\_\_\_\_\_

Signature (署名)

Date: \_\_\_\_\_

Please submit this application at Branch or by mail together with copy of Alien card for foreigner & valid ID for Japanese. 本人確認資料のコピーとともに本依頼書を、店頭または郵送にてご提出下さい。

BANK USE ONLY		DATE:
ENCODED BY	CHECKED BY	VERIFIED BY
_____	_____	_____

# Request for updating your registered information

\* Please submit with your valid (renewed) Residence Card

## お届けの個人情報更新のお願い

・有効(更新済)な本人確認書類と一緒にご提出ください。



Please fill out using **BLOCK CAPITAL LETTERS**

[ 必ずローマ字でご記入ください ]

DATE 日付:                      年                      月                      日

NAME 氏名	LAST NAME (姓)	FIRST NAME (名)	MIDDLE NAME	PIN No. PIN番号	
MOBILE No. 携帯番号			E-MAIL ADDRESS Eメールアドレス		
FB account フェイスブック	if any (もしあれば)		<input type="checkbox"/> Please check for apply to E-Statement Service for EPRC/METS Eステイトメントの申し込みをご希望される場合 <input checked="" type="checkbox"/> してください。		
OCCUPATION 職業			SOURCE OF FUNDS 送金原資		
COMPANY NAME 勤務先			OFFICE TEL No. 勤務先電話番号		
COMPANY ADDRESS 勤務先住所	〒				
PURPOSE OF REMITTANCE 送金目的	<input type="checkbox"/> Family Support / Living Expenses 生活費サポート <input type="checkbox"/> Personal Savings <input type="checkbox"/> Others 自己宛送金    その他 _____				
ADDRESS 住所	Please note that the latest address indicated on your attached ID will be registered. 添付頂きましたご本人確認資料に記載のご住所にて、登録させていただきます。				

### IMPORTANT NOTE:

Please fill out all fields above and mail/email back to us immediately to avoid delay in processing your remittance. All incomplete documents shall be carefully shredded and disposed 30 days after the date a follow up has been made by Metrobank.

### 重要事項:

送金手続きの速やかな実行のため、すべての欄を漏れなくご記入の上ご返送ください。  
また、書類に不備が発見され、かつお客様宛てのご連絡がつかないまま30日経過した場合、お申し出はキャンセル扱いとなり、お預かりした書類を破棄(細断処理)させていただきますことをご了承ください。

FRONT 表	BACK 裏
* Copy of your Residence Card for Foreign Nationals. * 本人確認書類のコピー	* Copy of your Residence Card for Foreign Nationals. * 本人確認書類のコピー

Important Notice on Health Insurance Card: Please mask (cover) the Insurance card number, the Insurer number and QR code itself.  
健康保険証についての重要なお願い事項: 「記号・番号」、「保険者番号」、および「QRコード」の部分はマスキングを施していただきますようお願い致します。

### BANK USE ONLY 銀行使用欄

DATE RECEIVED:	
DOC CMPLT BY/DATE	SDN CHECK BY

DATE :		
ENCODED BY	CHECKED BY	VERIFIED BY

[注意事項]  
[APPLICATION CONSIDERATION]

切手は不要です  
No postage/stamp is necessary

印刷する際はサイズを変更(拡大、縮小)せずに白い用紙に印刷して下さい  
Please print this form on white paper and do not resize

定型の封筒をご用意下さい(14.0~23.5cm X 9.0~12.0cm)  
Please use a regular envelope (14.0~23.5cm X 9.0~12.0cm)

封筒の裏面に必ず住所、氏名、電話番号、PINナンバー(お持ちの方)をご記入下さい  
Please indicate your name, your address, telephone number and PIN number(PIN holder only)  
on the back side of the envelope

点線にそって裁断し、封筒の表に剥がれないようにしっかりとお貼り下さい  
Please cut along the dotted line and then paste it on the envelope firmly

新規登録の場合は、東京、大阪の何れか近い方をお選び下さい  
As for new remitters, please select the nearest branch (Tokyo or Osaka)

既にPIN番号をお持ちのお客様は、登録された支店をお選び下さい  
For existing remitters, please select the branch that you registered

第三者への譲渡、改ざん、不正利用等を禁止します  
It is prohibited to assign, fabricate and use illegally

切り取り線 . . . . . CUT HERE . . . . .

料金受取人払郵便

101-8795

神田局  
承認  
6741

2027年2月14日まで  
(切手不要)

Metropolitan Bank 東京支店 行  
Metrobank Tokyo Branch

東京都千代田区神田錦町一十九ー一  
神田橋パークビルディング二階

728

2027年2月14日まで  
(切手不要)

切り取り線 . . . . . CUT HERE . . . . .

切り取り線 . . . . . CUT HERE . . . . .

料金受取人払郵便

541-8790

大阪東局  
承認  
7204

2027年2月14日まで  
(切手不要)

Metrobank Osaka Sub-Branch  
大阪出張所 行

大阪府大阪市中央区安土町二ー三ー十三  
大阪国際ビルディング三階

522

2027年2月14日まで  
(切手不要)

切り取り線 . . . . . CUT HERE . . . . .