

過誤対象者一覧表（合計表）

事業所番号	
事業所名称	
電話番号	
担当者名	

	保険者番号	保険者名	件数	請 求		再 請 求		返 還		備 考
				単位数	補足給付	単位数	補足給付	単位数	補足給付	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
	合	計								