

過誤対象者一覧表（内訳書）

保険者番号	
保険者名	

	被保険者番号	氏名	サービス提供月	請求		再請求		差引		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										
16										
	合計									

※ 補足給付は特定入所者介護サービス費等の費用額（円）の合計を記入してください。