

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
				給付単位数	補足給付	給付単位数	補足給付	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、食費・居住費（滞在費）の費用額（円）合計を記入してください。