

介護給付費に関する請求誤り結果報告書(内訳)

様式3

事業所番号: _____ 事業所名: _____ 報告日: _____ 年 月 日

被保険者番号	被保険者名	算定誤りの内容	誤請求期間	保険請求額			公費請求額	利用者負担額	総費用額	備 考
				誤						
				正						
				返還額						
				誤						
				正						
				返還額						
				誤						
				正						
				返還額						
				誤						
				正						
				返還額						
				誤						
				正						
				返還額						
				誤						
				正						
				返還額						
				誤						
				正						
				返還額						
				誤						
				正						
				返還額						
				誤						
				正						
				返還額						
				誤						
				正						
				返還額						
合 計				誤						
				正						
				返還額						