

(보험금청구를 위한)

간병인 사용 확인서(간병인 사용특약)

1. 인적사항

피보험자명	이가진	생년월일	2024. 02. 06
연락처	010-4166-8661		
사고(발병)일시	25, 5. 24	<input type="checkbox"/> 상해 <input checked="" type="checkbox"/> 질병 <input type="checkbox"/> 교통사고	
진단명	라이노마비증후군	기능성지압	

2. 간병인 사용내역

간병인 사용 법인명	주식회사 365	사업자번호	169-88-03279
연락처(간병법인)	1551-1451	업종명	
간병인명	이수연	연락처(간병인)	010-4166-8661
병원명	우리병원	입원호실	609
연락처(병원)	044-868-4801		
최초 입원 시작일	25, 5, 24		
사용기간	사용(1차) 2025 5 24	~	2025 5 / 27
	사용(2차) /	~	/
	사용(3차) /	~	/
	사용(4차) /	~	/
총 사용일수(일)	4일		
사용금액(원)	352,000원		

※ 사용기간이란?

실제 간병인을 사용한 기간으로 공백기간(중단기간)이 존재할 경우에는 공백기간을 제외한 실제 사용기간의 날짜 및 시간을 정확히 기재해 주시기 바랍니다.

※ 참고사항

가. 간병인 사용완료후 보상청구시 서류를 제출하여 주시기 바랍니다.
[필수서류] 간병인 사용확인서(사용), 초진기록지, 진단서, 입원확인서

나. 간병인 사용비용 청구와 관련하여 상기와 같이 간병인 사용을 확인합니다.

※ 해당 확인서는 간병인사용 특약 청구시에 한하여 사용됨을 안내드립니다.

[간병인 사용특약] 피보험자의 간병인 필요시 청구권자가 이용후 청부후 보험금을 수령하는 담보

■ 상기 사항과 관련하여 작성한 모든내용이 사실임을 확인하며, 사실과 다른 경우에는 모든 책임을 질 것을 확약합니다.

작성일자: 24년 5 월 29 일

피보험자:

이수연 24년 5 월 29 일

간병업체:

주식회사
365
동원대표

(주)KB손해보험