

(보험금청구를 위한)

**간병인 사용 확인서(간병인 사용특약)**

## 1. 인적사항

피보험자명	오라민	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	2비노출에 의한 폐기반응.		

## 2. 간병인 사용내역

간병인 사용 법인명	주식회사 3온	사업자번호	169-88-03279
연락처(간병법인)	1551-1451	업종명	
간병인명	이수민	연락처(간병인)	010-4166-8661
병원명	원광의료재단	입원호실	607
연락처(병원)	044-868-4881		
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)	352000원		

※ 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 약합니다.

작성일자: 25년 5월 29일

피보험자: 오라민

간병업체: 3온

(주)KB손해보험

