

간병인 사용확인서



■ 보험회사 제출용 ■

■ 피보험자 인적사항 및 간병장소

성명:	생년월일: 700919	전화번호: 010-4564-7354
병원명(소재지):	입원기간: 2025 4 26 ~ 2025 5 10	

■ 간병인 인적사항

성명	생년월일 670715	전화번호 010-4807-3847
----	-------------	--------------------

■ 간병인 소속 간병회사

소속회사명	회사전화번호 1551-1451
-------	------------------

■ 간병인 세부 사용내역 (8시간/1일 이상시 기재)

입원일	간병인 사용시간		입원일	간병인 사용시간	
	시작시간	종료시간		시작시간	종료시간
2025년 5월 2일	15:40	24:00	2025년 5월 6일	18:00	24:00
2025년 5월 3일	0:00	6:00	2025년 5월 7일	0:00	6:00
2025년 5월 3일	18:00	24:00	2025년 5월 7일	18:00	24:00
2025년 5월 4일	0:00	6:00	2025년 5월 8일	0:00	6:00
2025년 5월 4일	18:00	24:00	2025년 5월 8일	18:00	24:00
2025년 5월 5일	0:00	6:00	2025년 5월 9일	0:00	6:00
2025년 5월 5일	18:00	24:00	2025년 5월 9일	18:00	24:00
2025년 5월 6일	0:00	6:00	2025년 5월 10일	0:00	12:00

■ 확인자내용

상기와 같이 간병인을 사용하였음을 확인합니다.			
간병인명	(인)	소속회사명	(직인)
사업자등록번호		작성일	2025년 5월 16일

※ 간병인이 소속된 간병회사의 직인 날인 (다만, 「개인간병인」의 경우 예외)

※ 첨부서류 간병인사용영수증: 카드 전표 또는 현금영수증(사업자등록번호 포함/간이영수증제외)

※ 당사 보험금청구서 양식 외 장기요양기관의 자유양식을 제출하실 수 있으나, 상기 내용이 필수 내용으로 기재된 것이어야 합니다.