



입원간병인 사용 확인서

■ 간병인 사용내역

간병인 사용시간 (년. 월. 일. 시)	사용 일수	간병시간구분	의료기관명	간병인 성명	간병금액
(시작) 2025년 4월 24일 16시 ~ (종료) 2025년 4월 28일 11시	5	<input type="checkbox"/> 8시간미만 <input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상 <input type="checkbox"/> 24시간	아산충무병원	박승용	550,000
(시작) 년 월 일 시 ~ (종료) 년 월 일 시		<input type="checkbox"/> 8시간미만 <input type="checkbox"/> 8시간이상 <input type="checkbox"/> 24시간			
(시작) 년 월 일 시 ~ (종료) 년 월 일 시		<input type="checkbox"/> 8시간미만 <input type="checkbox"/> 8시간이상 <input type="checkbox"/> 24시간			
(시작) 년 월 일 시 ~ (종료) 년 월 일 시		<input type="checkbox"/> 8시간미만 <input type="checkbox"/> 8시간이상 <input type="checkbox"/> 24시간			

- ※ 간병인 성명은 일부만 기재바랍니다 (예) 홍X동, 홍O동
- ※ 의료기관을 이전하여 입원하거나 간병인을 교체한 경우 또는 간병인을 연속하여 사용하지 않은 경우는 해당기간 제외후 구분하여 작성 부탁드립니다
(예) '23.7.4일~'23.7.15일 입원중 9일,10일 간병인 연속 미사용시
- 1차 : '23년 7월 04일 9시 ~ '23년 7월 08일 18시
- 2차 : '23년 7월 11일 9시 ~ '23년 7월 15일 18시로 실 사용기간 구분하여 입력
- ※ 유의사항
- 날짜 및 시간 정확히 기재해주시고 8시간미만 간병인 근무시에는 사용일수에서 팔히 제외 요망

■ 피보험자(환자) 확인

생년월일	770915	성명	노현주 (서명인)
------	--------	----	-----------

■ 간병회사(회사) 확인

- 간병인 사용일수, 시간이 상기와 다름없음을 확인하였고, 그 증거로 아래내용에 서명합니다.

사업자등록번호	169-88-03279	작성일	2025년 4월 28일
연락처	1551-1451	업체명(직인)	

