

# 간병인 사용확인서

## 1. 피보험자 인적사항 및 간병장소

성명	이영희	생년월일	1989.05.30	전화번호	010-5522-4489
병원명 (소재지)	전주병원	입원기간	2025년 04월 07 일 ~ 2025년 04월 11 일		

## 2. 간병인 인적사항

성명	박지현	생년월일	1992.07.01	전화번호	010-5762-0620
----	-----	------	------------	------	---------------

## 3. 간병인 소속 간병회사

소속 회사명	주식회사 도원	회사 전화번호	1551-1451
--------	---------	---------	-----------

## 4. 간병인 세부 사용내역

입원일	간병인 사용시간		입원일	간병인 사용시간	
	시작시간	종료시간		시작시간	종료시간
2025년 4월 8일	9:00	21:00	년 월 일		
2025년 4월 9일	9:00	20:00	년 월 일		
2025년 4월 10일	9:00	20:00	년 월 일		
2025년 4월 11일	8:00	17:00	년 월 일		
년 월 일			년 월 일		
년 월 일			년 월 일		
년 월 일			년 월 일		
년 월 일			년 월 일		
년 월 일			년 월 일		

상기와 같이 간병인을 사용하였음을 확인합니다.

간병인명	(인)	소속회사명	주식회사 도원
사업자등록번호	169-88-03279	작성일	2025년 4월 11일

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

# 첨부 서류 ① 간병인사용영수증 : 카드전표 또는 현금영수증(간이영수증 제외) ② 사업자등록증 사본

※보험금 청구에 관한 서류에 고의로 다른 것을 기재하거나 그 서류 또는 증거를 위·변조 하는 행위는 명백한 사기이며 보험금 지급이 거절됩니다.

