

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 | | |
| 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.

