

입원간병인 사용확인서

※ 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간병인 사용기간, 금액 및 간병인 정보(재직증명서 등)가 기재된 업체 발행 서류(또는 병원에서 발행한 서류)로 대체 가능합니다.

■ 간병인 세부 사용내역

간병인 성명	간병인 사용기간 (년 . 월 . 일 . 시)	간병인 사용일수	입원 의료기관	영수액
	2025 2 10 0:00 ~ 2025 2 10 6:30 2025 2 10 20:00 2025 2 10 24:00	1		76,000
	2025 2 11 0:00 ~ 2025 2 11 24:00	1		76,000
	2025 2 12 0:00 ~ 2025 2 12 11:00	1		76,000
	~			
	~			

※ 8시간 미만으로 간병인을 사용한 날의 경우 사용 일수에서 제외하여 작성 부탁드립니다.

※ 의료기관을 이전하여 입원하거나 간병인을 교체한 경우 또는 간병인을 연속하여 사용하지 않은 경우(예: 평일에만 간병인 사용한 경우) 구분하여 작성 부탁드립니다.

※ 간병인 성명의 경우 마스킹 하여 작성 부탁드립니다.(예 : 흥길동 → 흥○동)

■ 확인자 내용

상기와 같이 환자(피보험자)를 간병하였음을 확인합니다.

• 피보험자 기입란

생년월일		성명(서명)	(인)
------	--	--------	-----

• 간병회사 기입란

사업자등록번호	169-88-03279	작성일	2025년 2월 20일
연락처	1551-1451	업체명(직인)	