

간병인 사용확인서



■ 보험회사제출용 ■

■ 피보험자인적사항 및 간병장소

성명: 정희정	생년월일: 1700228	전화번호: 010-7169-3011
병원명(소재지): 연세에스비병원	입원기간: 2025.04.07 ~ 04.30	

■ 간병인인적사항

성명	정경화	생년월일	001106	전화번호	010-5922-0250
----	-----	------	--------	------	---------------

■ 간병인 소속 간병회사

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

■ 간병인 세부 사용내역 (8시간/1일 이상시 기재)

입원일	간병인 사용시간		입원일	간병인 사용시간	
	시작시간	종료시간		시작시간	종료시간
25년 4월 14일	16:00	24:00	25년 4월 23일	11:00~	19:00
"년 4월 15일	11:00	19:00	"년 4월 24일	"	"
"년 4월 16일	"	"	"년 4월 25일	"	"
"년 4월 17일	"	"	"년 4월 26일	"	"
"년 4월 18일	"	"	"년 4월 27일	"	"
"년 4월 19일	"	"	"년 4월 28일	"	"
"년 4월 21일	"	"	"년 4월 29일	"	"
"년 4월 22일	"	"	"년 4월 30일	00:00	8:00

■ 확인자내용

상기와 같이 간병인을 사용하였음을 확인합니다.

간병인명	정경화	소속회사명	정경화
사업자등록번호	169-88-03279	작성일	2025년 4월 30일



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

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

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