

간병인 사용확인서

1. 피보험자 인적사항 및 간병장소

성명		생년월일	050709	전화번호	010-6639-0459
병원명 (소재지)		입원기간	2025년 2월 5일 ~	2025년 2월 6일	

2. 간병인 인적사항

성명		생년월일	741220	전화번호	010-2045-0459
----	--	------	--------	------	---------------

3. 간병인 소속 간병회사

소속 회사명		회사 전화번호	1551-1451
--------	--	---------	-----------

4. 간병인 세부 사용내역

입원일	간병인 사용시간		입원일	간병인 사용시간	
	시작시간	종료시간		시작시간	종료시간
2025년 2월 5일	0:00	24:00	년 월 일		
2025년 2월 6일	0:00	13:00	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		
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			
사업자등록번호	169-88-03279	작성일	2025년 2월 14일		

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

첨부서류 ① 간병인 사용영수증 : 카드전표 또는 현금영수증 (간이영수증 제외) ② 사업자등록증 사본

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