

입원 간병인 사용 확인서

※ 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 아래 내용을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류로 대체 할 수 있습니다.

※ 요양병원 및 간호·간병 통합서비스는 본 사용 확인서 대신 간병인 또는 간호·간병 통합서비스 사용 여부 및 사용 일자를 판단할 수 있는 서류(예 : 진료비세부내역서, 병원 또는 간병업체 확인서 등)로 대체할 수 있습니다.

1. 환자 (피보험자)

성명	이화실	생년월일	770707-2
----	-----	------	----------

2. 간병 회사

업체명	주식회사 도원	연락처	1551-1451
-----	---------	-----	-----------

3. 간병인 세부 사용내역

성명		일간병료	간병인 이용기간 (년 . 월 . 일.)	간병인 이용일수	금액
피보험자	이화실	수수료 포함	2024-10-28 ~ 2024-10-31	4	₩336,000
		₩84,000			
간병인	김 * 수	수수료 차감	2024-10-28 ~ 2024-10-31	4	₩304,000
		₩76,000			

※ 일자별 간병료가 상이한 경우 구분하여 작성 부탁드립니다. (일간병료는 간병료 평균이 아닌 실제 일자별 사용한 간병료를 말합니다).

※ 간병인 성명의 경우 마스킹 하여 작성 부탁드립니다.(마스킹 작성 예시 : 김삼성 → 김○성).

상기와 같이 환자(피보험자)를 간병하였음을 확인합니다.

작성일

2024년 12월 5일

간병회사

주식회사 도원



영수증

(공급받는자 보관용)

No.

이화실

귀하

등록번호

169-88-03279

공급자

상 호

주식회사 도원

성명

대표이사

김현아



주소

강원특별자치도 원주시 흥업면 원문로 865-42,2층

업 태

서비스업

종 목

개인간병 및 유사서비스업

작성년월일

금액

비 고

2024.12.05

₩ 336,000

위 금액을 영수(청구)함

일일

품 목

수량

단가

금 액

12-05

간병비

4

84,000

₩	336,000
---	---------

¥ 336,000