

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
김○민	2025년 2월 12일 15:00 ~ 2월 12일 24:00	1	바른한방병원	80,000
김○민	2025년 2월 13일 00:00 ~ 2월 13일 17:00	1	바른한방병원	80,000
김○민	2025년 2월 19일 08:00 ~ 2월 13일 17:00	1	바른한방병원	80,000
김○민	2025년 2월 20일 08:00 ~ 2월 13일 17:00	1	바른한방병원	80,000
	~			

※ 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 마스크 하여 작성 부탁드립니다. (예 : 홍길동→홍○동)

■ 확인자 내용

상기와 같이 환자(피보험자)를 간병하였음을 확인합니다.

● 피보험자 기입란

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

● 간병회사 기입란

사업자 등록번호	169-88-03279	작성일	2025년 3월 7일
연락처	1551-1451	업체명(직인)	주식회사 도원



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
이○진	2025년 2월 14일 08:00 ~ 2월 14일 17:00	1	바른한방병원	80,000
이○진	2025년 2월 15일 08:00 ~ 2월 15일 17:00	1	바른한방병원	80,000
이○진	2025년 2월 16일 08:00 ~ 2월 16일 17:00	1	바른한방병원	80,000
이○진	2025년 2월 17일 08:00 ~ 2월 17일 17:00	1	바른한방병원	80,000
이○진	2025년 2월 18일 08:00 ~ 2월 18일 17:00	1	바른한방병원	80,000
이○진	2025년 2월 21일 08:00 ~ 2월 21일 17:00	1	바른한방병원	80,000
이○진	2025년 2월 22일 08:00 ~ 2월 22일 17:00	1	바른한방병원	80,000
이○진	2025년 2월 23일 08:00 ~ 2월 23일 17:00	1	바른한방병원	80,000
이○진	2025년 2월 24일 08:00 ~ 2월 24일 17:00	1	바른한방병원	80,000
이○진	2025년 2월 25일 08:00 ~ 2월 25일 17:00	1	바른한방병원	80,000
이○진	2025년 2월 26일 08:00 ~ 2월 26일 17:00	1	바른한방병원	80,000
이○진	2025년 2월 27일 08:00 ~ 2월 27일 17:00	1	바른한방병원	80,000
이○진	2025년 2월 28일 08:00 ~ 2월 28일 17:00	1	바른한방병원	80,000
이○진	2025년 3월 1일 08:00 ~ 3월 1일 17:00	1	바른한방병원	80,000
이○진	2025년 3월 2일 08:00 ~ 3월 2일 17:00	1	바른한방병원	80,000
이○진	2025년 3월 3일 08:00 ~ 3월 3일 17:00	1	바른한방병원	80,000
이○진	2025년 3월 4일 00:00 ~ 3월 4일 15:00	1	바른한방병원	80,000
	~			
	~			

	~			
--	---	--	--	--

- ※ 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 : 홍길동→홍○동)

■ 확인자 내용

상기와 같이 환자(피보험자)를 간병하였음을 확인합니다.

- 피보험자 기입란

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

- 간병회사 기입란

사업자 등록번호	169-88-03279	작성일	2025년 3월 7일
연락처	1551-1451	업체명(직인)	주식회사 도원

