

간병인 사용확인서

1. 피보험자 인적사항 및 간병장소

성명	박창준	생년월일	1993. 10. 21	전화번호	010 2307 3934
병원명 (소재지)	영생당한의원	입원기간	2025 년 8 월 5 일 ~ 2025 년 8 월 30일		

2. 간병인 인적사항

성명	채준	생년월일	1993. 04. 01	전화번호	010 5848 1458
----	----	------	--------------	------	---------------

3. 간병인 소속 간병회사

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

4. 간병인 세부 사용내역

입원일	간병인 사용시간		입원일	간병인 사용시간	
	시작시간	종료시간		시작시간	종료시간
2025 년 8 월 6 일	9	18	2025년 8 월 16일	9	18
2025 년 8 월 7 일	9	18	2025년 8 월 19일	9	18
2025 년 8 월 8 일	9	18	2025년 8 월 20일	9	18
2025 년 8 월 9 일	9	18	2025년 8 월 21일	9	18
2025 년 8 월 10일	9	18	2025년 8 월 22일	9	18
2025 년 8 월 11 일	9	18	2025년 8 월 23일	9	18
2025 년 8 월 12 일	9	18	2025년 8 월 24일	9	18
2025 년 8 월 13일	9	18	2025년 8 월 25일	8	17
2025 년 8 월 14일	9	18	2025년 8 월 26일	9	18
2025 년 8 월 15일	9	18	2025년 8 월 27일	9	18
2025 8 16	9	18	2025 8 28	9	18
2025 8 17	9	18	2025 8 29	9	18

상기와 같이 간병인을 사용하였음을 확인합니다.

간병인명	채준 채준	소속회사명	
사업자등록번호	168-88-03279	작성일	2025 년 9 월 16 일



간병인이 소속된 간병회사의 직인 날인 (다만, 「개인간병인」의 경우 예외)
첨부서류 ① 간병인사용영수증 : 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.