

입원간병인 사용 확인서

■ 간병인 사용내역

간병인 사용시간 (년. 월. 일. 시)	사용 일수	간병시간구분	의료기관명	간병인 성명	간병금액
(시작) 2025년 7 월 8 일 11 시 ~ (종료) 2025년 7 월 8 일 20 시	1	<input type="checkbox"/> 8시간미만 <input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상 <input type="checkbox"/> 24시간	하증오	김정원	22,000
(시작) 〃 년 7 월 9 일 9 시 ~ (종료) 〃 년 7 월 9 일 19 시	1	<input type="checkbox"/> 8시간미만 <input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상 <input type="checkbox"/> 24시간	하증오	김정원	〃
(시작) 〃 년 7 월 10 일 9 시 ~ (종료) 〃 년 7 월 10 일 19 시	1	<input type="checkbox"/> 8시간미만 <input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상 <input type="checkbox"/> 24시간	하증오	김정원	〃
(시작) 〃 년 7 월 11 일 9 시 ~ (종료) 〃 년 7 월 11 일 18 시	1	<input type="checkbox"/> 8시간미만 <input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상 <input type="checkbox"/> 24시간	〃	김정원	〃

- * 간병인 성명은 일부만 기재바랍니다 (예) 홍X동, 홍O동
- * 의료기관을 이전하여 입원하거나 간병인을 교체한 경우 또는 간병인을 연속하여 사용하지 않은 경우는 해당기간 제외후 구분하여 작성 부탁드립니다
(예) '23.7.4일~'23.7.15일 입원중 9일,10일 간병인 연속 미사용시
· 1차 : '23년 7월 04일 9시 ~ '23년 7월 08일 18시
· 2차 : '23년 7월 11일 9시 ~ '23년 7월 15일 18시로 실 사용기간 구분하여 입력
- * 유의사항
- 날짜 및 시간 정확히 기재해주시고 8시간미만 간병인 근무시에는 사용일수에서 필히 저외 모양

■ 피보험자(환자) 확인

김재운

생년월일	1988. 7. 9.	성명	김재운
------	-------------	----	-----

■ 간병회사(회사) 확인

- 간병인 사용일수, 시간이 상기와 다름없음을 확인하였고, 그 증거로 아래내용에 서명합니다.

사업자등록번호	169-88-03279	작성일	2025년 7월 23일
연락처	1551-1451	업체명(직인)	주식회사 동원대포

2025. 07. 23. 14:39



입원간병인 사용 확인서

■ 간병인 사용내역

간병인 사용시간 (년. 월. 일. 시)	사용일수	간병시간구분	의료기관명	간병인 성명	간병금액
(시작) 2025년 7월 12일 8시 (종료) 2025년 7월 12일 18시	1	<input type="checkbox"/> 8시간미만 <input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상 <input type="checkbox"/> 24시간	3가종은	김정원	88,000
(시작) 2025년 7월 13일 9시 (종료) 2025년 7월 13일 18시	1	<input type="checkbox"/> 8시간미만 <input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상 <input type="checkbox"/> 24시간	"	김정원	88,000
(시작) 2025년 7월 14일 9시 (종료) 2025년 7월 14일 18시	1	<input type="checkbox"/> 8시간미만 <input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상 <input type="checkbox"/> 24시간	"	김정원	88,000
(시작) 2025년 7월 15일 8시 (종료) 2025년 7월 15일 18시		<input type="checkbox"/> 8시간미만 <input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상 <input type="checkbox"/> 24시간	"	김정원	"

* 간병인 성명은 일부만 기재바랍니다 (예) 홍X동, 홍O동

* 의료기관을 이전하여 입원하거나 간병인을 교체한 경우 또는 간병인을 연속하여 사용하지 않은 경우는 해당기간 제외후 구분하여 작성 부탁드립니다

(예) '23.7.4일~'23.7.15일 입원중 9일,10일 간병인 연속 미사용시

· 1차 : '23년 7월 04일 9시 ~ '23년 7월 08일 18시

· 2차 : '23년 7월 11일 9시 ~ '23년 7월 15일 18시로 실 사용기간 구분하여 입력

■ 유의사항

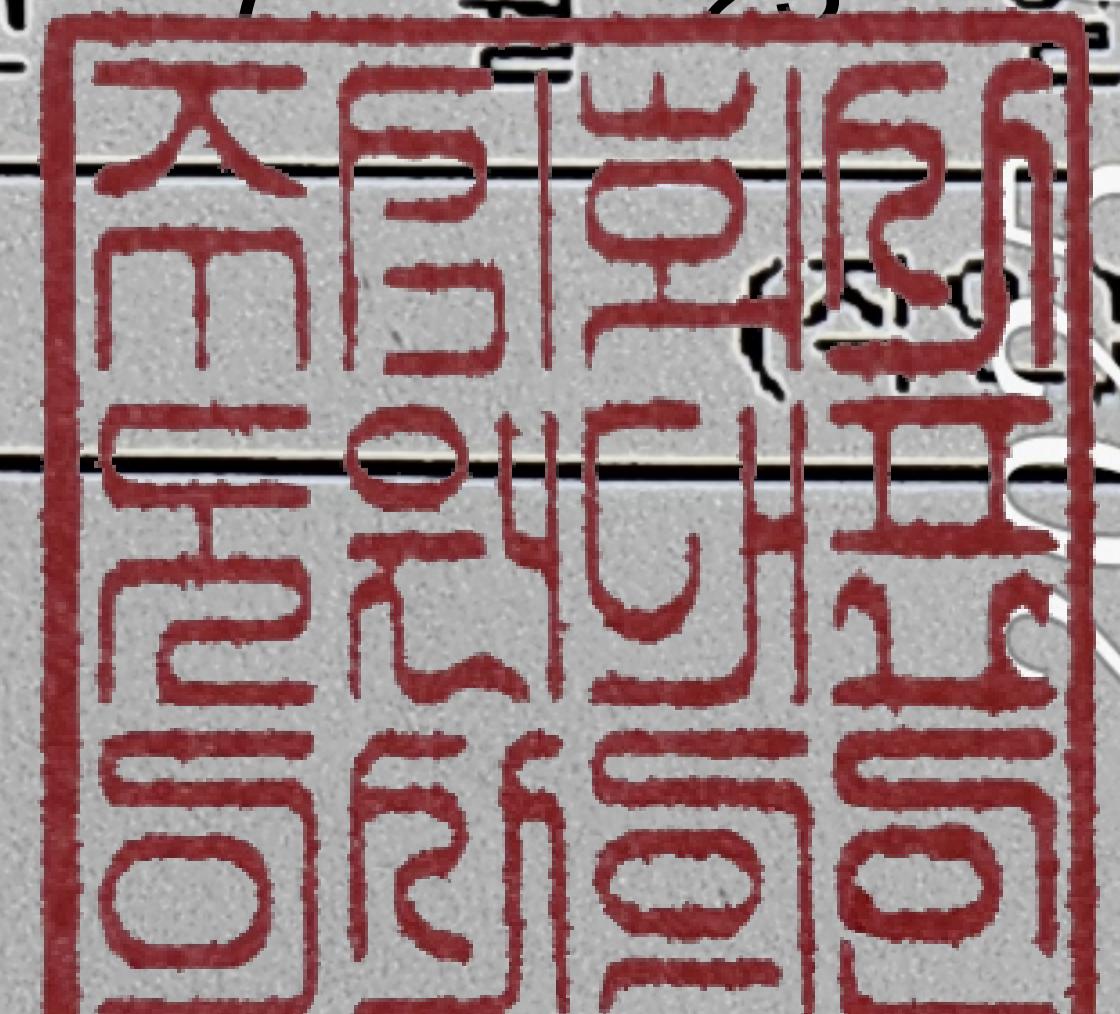
- 날짜 및 시간 정확히 기재해주시고 8시간미만 간병인 근무시에는 사용일수에서 필히 제외 요망

■ 피보험자(환자) 확인

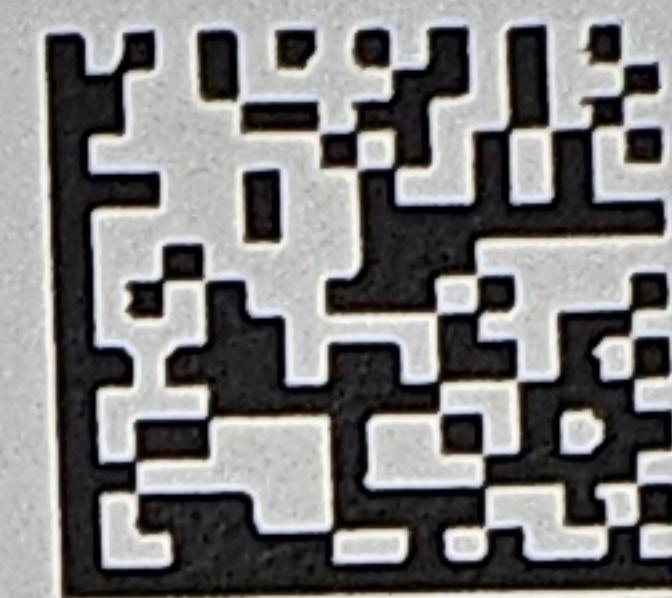
생년월일	1968. 1. 1	성명	김재은
			(서명) 김재은

■ 간병회사(회사) 확인

- 간병인 사용일수, 시간이 상기와 다름없음을 확인하였고, 그 증거로 아래내용에 서명합니다.

사업자등록번호	169-88-03279	작성일	2025년 7월 23일
연락처	1551-1451	업체명(직인)	

2025.07.23. 14:39



입원간병인 사용 확인서

■ 간병인 사용내역

간병인 사용시간 (년. 월. 일. 시)	사용 일수	간병시간구분	의료기관명	간병인 성명	간병금액
(시작) 2025년 7월 16일 8시 ~ (종료) // 년 // 월 // 일 // 시	1	<input type="checkbox"/> 8시간미만 <input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상 <input type="checkbox"/> 24시간	24종일	김장원	8000
(시작) 2025년 7월 17일 9시 ~ (종료) // 년 // 월 // 일 // 시	1	<input type="checkbox"/> 8시간미만 <input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상 <input type="checkbox"/> 24시간	24종일	김장원	"
(시작) 2025년 7월 18일 8시 ~ (종료) // 년 // 월 // 일 // 시	1	<input type="checkbox"/> 8시간미만 <input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상 <input type="checkbox"/> 24시간	"	김장원	"
(시작) 2025년 7월 19일 8시 ~ (종료) // 년 // 월 // 일 // 시	1	<input type="checkbox"/> 8시간미만 <input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상 <input type="checkbox"/> 24시간	"	김장원	"

* 간병인 성명은 일부만 기재바랍니다 (예) 홍X동, 홍O동

* 의료기관을 이전하여 입원하거나 간병인을 교체한 경우 또는 간병인을 연속하여 사용하지 않은 경우는 해당기간 제외후 구분하여 작성 부탁드립니다

(예) '23.7.4일~'23.7.15일 입원중 9일,10일 간병인 연속 미사용시

· 1차 : '23년 7월 04일 9시 ~ '23년 7월 08일 18시

· 2차 : '23년 7월 11일 9시 ~ '23년 7월 15일 18시로 실 사용기간 구분하여 입력

■ 유의사항

- 날짜 및 시간 정확히 기재해주시고 8시간미만 간병인 근무시에는 사용일수에서 필히 제외 요망

■ 피보험자(환자) 확인

생년월일	1968. 7. 1	성명	이재운	(성명/인장)
------	------------	----	-----	---------

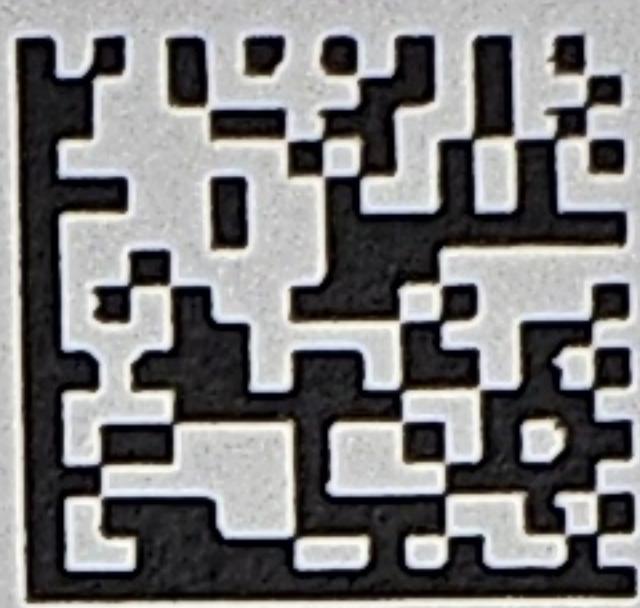
■ 간병회사(회사) 확인

- 간병인 사용일수, 시간이 상기와 다름없음을 확인하였고, 그 증거로 아래내용에 서명합니다.

사업자등록번호	169-88-03279	작성일	2025년 7월 23일
연락처	1551-1451	업체명(직인)	

2025. 7. 23.





입원간병인 사용 확인서

■ 간병인 사용내역

간병인 사용시간 (년. 월. 일. 시)	사용 일수	간병시간구분	의료기관명	간병인 성명	간병금액
(시작) 2023년 7월 20일 8시 ~ (종료)〃 7월 20일 18시	1	<input type="checkbox"/> 8시간미만 <input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상 <input type="checkbox"/> 24시간	24시간 인정원	인정원	88,000
(시작) 2023년 7월 21일 17시 ~ (종료)〃 7월 21일 16시	1	<input type="checkbox"/> 8시간미만 <input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상 <input type="checkbox"/> 24시간	〃	인정원	〃
(시작) 〃 〃 〃 〃 ~ (종료) 〃 〃 〃 〃		<input type="checkbox"/> 8시간미만 <input type="checkbox"/> 8시간이상 <input type="checkbox"/> 24시간			
(시작) 〃 〃 〃 〃 ~ (종료) 〃 〃 〃 〃		<input type="checkbox"/> 8시간미만 <input type="checkbox"/> 8시간이상 <input type="checkbox"/> 24시간			

* 간병인 성명은 일부만 기재바랍니다 (예) 홍X동, 홍O동

* 의료기관을 이전하여 입원하거나 간병인을 교체한 경우 또는 간병인을 연속하여 사용하지 않은 경우는 해당기간 제외후 구분하여 작성 부탁드립니다

(예) '23.7.4일~'23.7.15일 입원중 9일,10일 간병인 연속 미사용시

· 1차 : '23년 7월 04일 9시 ~ '23년 7월 08일 18시

· 2차 : '23년 7월 11일 9시 ~ '23년 7월 15일 18시로 실 사용기간 구분하여 입력

■ 유의사항

- 날짜 및 시간 정확히 기재해주시고 8시간미만 간병인 근무시에는 사용일수에서 필히 제외 요망

■ 피보험자(환자) 확인

생년월일	1982. 1. 1	성명	김재현
------	------------	----	-----

■ 간병회사(회사) 확인

- 간병인 사용일수, 시간이 상기와 다름없음을 확인하였고, 그 증거로 아래내용에 서명합니다.

사업자등록번호	169-88-03279	작성일	2025년 7월 23일
연락처	1551-1451	업체명(직인)	

2025. 7. 23.