

간병인 사용확인서



보험회사 제출용

■ 피보험자 인적사항 및 간병장소

성명:	생년월일: 750210	전화번호: 010-9373-7788
병원명(소재지):	입원기간: 2025 7 17 ~ 2025 8 1	

■ 간병인 인적사항

성명	생년월일	750210	전화번호	010-4354-7788
----	------	--------	------	---------------

■ 간병인 소속 간병회사

소속회사명	회사전화번호	1551-1451
-------	--------	-----------

■ 간병인 세부 사용내역 (8시간/1일 이상시 기재)

입원일	간병인 사용시간		입원일	간병인 사용시간	
	시작시간	종료시간		시작시간	종료시간
2025년 7월 18일	08:00	21:00	년 월 일		
2025년 7월 19일	08:00	21:00	년 월 일		
2025년 7월 20일	08:00	21:00	년 월 일		
2025년 7월 21일	08:00	21:00	년 월 일		
2025년 7월 22일	08:00	21:00	년 월 일		
2025년 7월 27일	08:00	18:00	년 월 일		
년 월 일			년 월 일		
년 월 일			년 월 일		

■ 확인자 내용

상기와 같이 간병인을 사용하였음을 확인합니다.			
간병인명	(인)	소속회사명	
사업자등록번호	169 88 03279	작성일	2025 년 8 월 22 일



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

※ 첨부서류 간병인사용영수증: 카드 전표 또는 현금영수증(사업자등록번호 포함/간이영수증제외)

※ 당사 보험금청구서 양식 외 장기요양기관의 자유양식을 제출하실 수 있으나, 상기 내용이 필수 내용으로 기재된 것이어야 합니다.