

간병인 사용확인서



보험회사 제출용

피보험자 인적사항 및 간병장소

성명: 최 양 규	생년월일: 671224-1	전화번호: 010-7731-2681
병원명(소재지): 서울병원(서울송파구가락동)	입원기간: 2025년 11월 12일 ~ 2025년 11월 15일	

간병인 인적사항

성명	김용준	생년월일	610828-1	전화번호	010-7522-9161
----	-----	------	----------	------	---------------

간병인 소속 간병회사

소속회사명	주식회사 도원	회사전화번호	1551-1451
-------	---------	--------	-----------

간병인 세부 사용내역 (8시간/1일 이상시 기재)

입원일	간병인 사용시간		입원일	간병인 사용시간	
	시작시간	종료시간		시작시간	종료시간
2025년 11월 12일	09:30	24:00	년 월 일		
2025년 11월 13일	00:00	24:00	년 월 일		
2025년 11월 14일	00:00	09:30	년 월 일		
년 월 일			년 월 일		
년 월 일			년 월 일		
년 월 일			년 월 일		
년 월 일			년 월 일		
년 월 일			년 월 일		

확인자 내용

상기와 같이 간병인을 사용하였음을 확인합니다.



간병인명	김 용 준	소속회사명	주식회사 도원
사업자등록번호	169-88-03279	작성일	2025년 11 월 17 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.