

간병인 사용확인서

1. 피보험자 인적사항 및 간병장소

성명	윤화자	생년월일	741214	전화번호	010-9956-3955
병원명 (소재지)	서귀포의료원 서귀포시	입원기간	2025년 10월 30일 ~ 2025년 11월 17일		

2. 간병인 인적사항

성명	오동건	생년월일	050620	전화번호	010-9298-3955
----	-----	------	--------	------	---------------

3. 간병인 소속 간병회사

소속 회사명	주식회사 도원	회사 전화번호	1551-1451
--------	---------	---------	-----------

4. 간병인 세부 사용내역

입원일	간병인 사용시간		입원일	간병인 사용시간	
	시작시간	종료시간		시작시간	종료시간
2025년 10월 31일	00:00	24:00	년 월 일		
2025년 11월 01일	00:00	18:00	년 월 일		
2025년 11월 08일	00:00	16:00	년 월 일		
2025년 11월 15일	00:00	11:00	년 월 일		
	22:00	24:00	년 월 일		
2025년 11월 16일	00:00	10:00	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		

상기와 같이 간병인을 사용하였음을 확인합니다.



간병인명	(인)	소속회사명	주식회사 도원
사업자등록번호	169-88-03279	작성일	2025년 11월 25일

간병인이 소속된 간병회사의 직인 날인(다만, 「개인간병인」의 경우 예외)
첨부 서류 ① 간병인사용영수증 : 카드전표 또는 현금영수증(간이영수증 제외) ② 사업자등록증 사본

※보험금 청구에 관한 서류에 고의로 다른 것을 기재하거나 그 서류 또는 증거를 위·변조 하는 행위는 명백한 사기이며 보험금 지급이 거절됩니다.

