

간병인 사용확인서

1. 피보험자 인적사항 및 간병장소

성명	전이든	생년월일	211028	전화번호	010-2473-9597
병원명 (소재지)	개나리소아청소년과병원	입원기간	2025년 8월 18일 ~	2025년 8월 21일	

2. 간병인 인적사항

성명	성효연	생년월일	960706	전화번호	010-2473-9597
----	-----	------	--------	------	---------------

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 8월 19일	03:00 08:00	05:00 21:00	년 월 일		
2025년 8월 20일	04:00 07:00	06:00 21:00	년 월 일		
2025년 8월 21일	01:00	11:00	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		
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 8 월 21일

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

첨부 서류 ① 간병인 사용영수증 : 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.

