



## 입원간병인 사용 확인서

### ■ 간병인 사용내역

간병인 사용시간 (년. 월. 일. 시)	사용 일수	간병시간구분	의료기관명	간병인 성명	간병금액 (수수료포함)
(시작) 2025년 12월 18일 ~ (종료) 2025년 12월 18일 15시~24시	1	<input type="checkbox"/> 8시간미만 <input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상 <input type="checkbox"/> 24시간	아이본병원	김O원	88,000원
(시작) 2025년 12월 19일 ~ (종료) 2025년 12월 19일 07시~11시, 12시~14시, 15시~19시	1	<input type="checkbox"/> 8시간미만 <input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상 <input type="checkbox"/> 24시간	아이본병원	오O자	88,000원
(시작) 2025년 12월 20일 ~ (종료) 2025년 12월 20일 07시~11시, 12시~14시, 15시~19시	1	<input type="checkbox"/> 8시간미만 <input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상 <input type="checkbox"/> 24시간	아이본병원	오O자	88,000원
(시작) 2025년 12월 21일 ~ (종료) 2025년 12월 21일 07시~11시, 12시~14시, 15시~19시	1	<input type="checkbox"/> 8시간미만 <input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상 <input type="checkbox"/> 24시간	아이본병원	오O자	88,000원
(시작) 2025년 12월 22일 ~ (종료) 2025년 12월 22일 08시~17시	1	<input type="checkbox"/> 8시간미만 <input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상 <input type="checkbox"/> 24시간	아이본병원	오O자	88,000원

\* 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 펼히 제외 요망

### ■ 피보험자(환자) 확인

생년월일		성명	(서명/인)
------	--	----	--------

### ■ 간병회사(회사) 확인

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

사업자등록번호	169 88 03279	작성일	2025년 12월 23일
연락처	1551-1451	업체명(직인)	주식회사 도원

