

입원간병인 사용확인서

■ 환자(피보험자)

성명	지연종	생년월일	601108
----	-----	------	--------

■ 간병인 세부 사용 내역

간병인 성명	간병인사용기간 (년. 월. 일. 시)	간병인 사용일수	입원 의료기관	영수액 (수수료포함)
오○숙	2025년8월15일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년8월16일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년8월17일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년8월18일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년8월19일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년8월20일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년8월21일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년8월22일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년8월23일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년8월24일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000

오○숙	2025년8월25일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년8월26일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년8월27일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년8월28일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년8월29일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년8월30일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년8월31일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년9월1일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년9월2일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년9월3일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년9월4일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년9월5일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000

오○숙	2025년9월6일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년9월7일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년9월8일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년9월9일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년9월10일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년9월11일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년9월12일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년9월13일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년9월14일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년9월15일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년9월16일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년9월17일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년9월18일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000

오○숙	2025년9월19일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년9월20일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년9월21일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년9월22일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년9월23일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년9월24일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년9월25일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년9월26일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년9월27일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년9월28일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년9월29일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년9월30일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000

오○숙	2025년10월1일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년10월2일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년10월3일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년10월4일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년10월5일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년10월6일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년10월7일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년10월8일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년10월9일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년10월10일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년10월11일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년10월12일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년10월13일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000

오○숙	2025년10월14일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년10월15일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년10월16일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년10월17일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년10월18일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년10월19일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년10월20일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년10월21일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년10월22일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년10월23일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년10월24일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년10월25일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000

오○숙	2025년10월26일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년10월27일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년10월28일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년10월29일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년10월30일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년10월31일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년11월1일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년11월2일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년11월3일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년11월4일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년11월5일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년11월6일 07:00 ~ 19:00	1	아이본병원	88000
오○숙	2025년11월7일 03:00~05:00,	1	아이본병원	88000

	06:00~08:00, 09:00~11:00, 12:00~15:00			
--	--	--	--	--

- * 간병인 사용기간이란 실제 간병인을 사용한 기간으로 공백기간(중단기간)이 존재할 경우에는 공백기간을 제외한 실제 사용기간의 날짜 및 시간을 정확히 기재해 주시기 바랍니다.
- * 8시간 미만으로 간병인을 사용한 날의 경우 사용일수에서 제외 후 기재하여 주시기 바랍니다.
- * 의료기관을 이전하여 입원하거나 간병인을 교체한 경우 또는 간병인을 연속하여 사용하지 않은 경우 구분하여 작성 해주시기 바랍니다.
- * 간병인 성명의 경우 마스킹 하여 작성 부탁드립니다.(마스킹 작성 예시 : 이철O,김O수..)

상기와 같이 환자(피보험자)를 간병하였음을 확인합니다.

사업자등록번호	169 88 03279	작성일	2025 년 11월 21일
연락처	1551-1451	업체명(직인)	주식회사 도원

주식회사 도원 직인

*첨부서류 : ①간병인사용영수증 : 카드전표 또는 현금영수증(간이영수증제외), ②사업자등록증 사본
 *회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류를 요청할 수 있습니다.
 *보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하거나 그 서류 또는 증거를 위·변조 하는 행위는 명백한 사기이며, 보험금 지급이 거절됩니다.

