

입원간병인 사용확인서

※ 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간병인 사용기간, 금액 및 간병인 정보(재직증명서 등)가 기재된 업체 발행 서류(또는 병원에서 발행한 서류)로 대체 가능합니다.

■ 간병인 세부 사용내역

간병인 성명	간병인 사용기간 (년 . 월 . 일 . 시)	간병인 사용일수	입원 의료기관	영수액
채준	2025. 8. 6. 9시 ~ 2025. 8. 6. 18시	1	영생당환의원	88,000
채준	2025. 8. 7. 9시 ~ 2025. 8. 7. 18시	1	영생당환의원	88,000
채준	2025. 8. 8. 9시 ~ 2025. 8. 8. 18시	1	영생당환의원	88,000
채준	2025. 8. 9. 9시 ~ 2025. 8. 9. 18시	1	영생당환의원	88,000
채준	2025. 8. 10. 9시 ~ 2025. 8. 10. 18시	1	영생당환의원	88,000
채준	2025. 8. 11. 9시 ~ 2025. 8. 11. 18시	1	영생당환의원	88,000
채준	2025. 8. 12. 9시 ~ 2025. 8. 12. 18시	1	영생당환의원	88,000
채준	2025. 8. 13. 9시 ~ 2025. 8. 13. 18시	1	영생당환의원	88,000
채준	2025. 8. 14. 9시 ~ 2025. 8. 14. 18시	1	영생당환의원	88,000
채준	2025. 8. 15. 9시 ~ 2025. 8. 15. 18시	1	영생당환의원	88,000
채준	2025. 8. 16. 9시 ~ 2025. 8. 16. 18시	1	영생당환의원	88,000
채준	2025. 8. 17. 9시 ~ 2025. 8. 17. 18시	1	영생당환의원	88,000

※ 8시간 미만으로 간병인을 사용한 날의 경우 사용 일수에서 제외하여 작성 부탁드립니다.

※ 의료기관을 이전하여 입원하거나 간병인을 교체한 경우 또는 간병인을 연속하여 사용하지 않은 경우(예: 평일에만 간병인 사용한 경우) 구분하여 작성 부탁드립니다.

※ 간병인 성명의 경우 마스킹 하여 작성 부탁드립니다.(예 : 홍길동 → 홍○동)

■ 확인자 내용

상기와 같이 환자(피보험자)를 간병하였음을 확인합니다.

• 피보험자 기입란

생년월일	1993. 10. 21	성명(서명)	박창준 박창준
------	--------------	--------	---------

• 간병회사 기입란

사업자등록번호	169-88-03279	작성일	2025 년 9 월 16 일
연락처	1551-1451	업체명(직인)	주요보험 의원대표 인인인인

입원간병인 사용확인서

※ 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간병인 사용기간, 금액 및 간병인 정보(재직증명서 등)가 기재된 업체 발행 서류(또는 병원에서 발행한 서류)로 대체 가능합니다.

■ 간병인 세부 사용내역

간병인 성명	간병인 사용기간 (년.월.일.시)	간병인 사용일수	입원 의료기관	영수액
채준	2025. 8. 18. 9시 ~ 2025. 8. 18. 18시	1	영생당한의원	88,000
채준	2025. 8. 19. 9시 ~ 2025. 8. 19. 18시	1	영생당한의원	88,000
채준	2025. 8. 20. 9시 ~ 2025. 8. 20. 18시	1	영생당한의원	88,000
채준	2025. 8. 21. 9시 ~ 2025. 8. 21. 18시	1	영생당한의원	88,000
채준	2025. 8. 22. 9시 ~ 2025. 8. 22. 18시	1	영생당한의원	88,000
채준	2025. 8. 23. 9시 ~ 2025. 8. 23. 18시	1	영생당한의원	88,000
채준	2025. 8. 24. 9시 ~ 2025. 8. 24. 18시	1	영생당한의원	88,000
채준	2025. 8. 25. 8시 ~ 2025. 8. 25. 19시	1	영생당한의원	88,000
채준	2025. 8. 26. 9시 ~ 2025. 8. 26. 18시	1	영생당한의원	88,000
채준	2025. 8. 27. 9시 ~ 2025. 8. 27. 18시	1	영생당한의원	88,000
채준	2025. 8. 28. 9시 ~ 2025. 8. 28. 18시	1	영생당한의원	88,000
채준	2025. 8. 29. 9시 ~ 2025. 8. 29. 18시	1	영생당한의원	88,000

※ 8시간 미만으로 간병인을 사용한 날의 경우 사용 일수에서 제외하여 작성 부탁드립니다.

※ 의료기관을 이전하여 입원하거나 간병인을 교체한 경우 또는 간병인을 연속하여 사용하지 않은 경우(예: 평일에만 간병인 사용한 경우) 구분하여 작성 부탁드립니다.

※ 간병인 성명의 경우 마스킹 하여 작성 부탁드립니다.(예: 홍길동 → 홍○동)

■ 확인자 내용

상기와 같이 환자(피보험자)를 간병하였음을 확인합니다.

• 피보험자 기입란

생년월일	1993. 10. 21	성명(서명)	박창규 박창규
------	--------------	--------	---------

• 간병회사 기입란

사업자등록번호	169-88-03279	작성일	2025 년 9 월 16 일
연락처	1551-1451	업체명(직인)	

