

간병인 사용확인서

1. 피보험자 인적사항 및 간병장소

성명	정자영	생년월일	740628	전화번호	010-3703-2248
병원명 (소재지)	강동성심병원	입원기간	2025년 9 11일 ~ 2025년 9월 15일		

2. 간병인 인적사항

성명	정윤선	생년월일	790710	전화번호	010-5486-3232
----	-----	------	--------	------	---------------

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 9월 11일	15:00	23:00	년 월 일		
2025년 9월 12일	6:00	07:00	년 월 일		
	9:00	12:00			
	13:00	14:00			
	17:00	23:00			
2025년 9월 13일	4:00	5:00	년 월 일		
	8:00	9:00			
	12:00	19:00			
	22:00	24:00			
2025년 9월 14일	8:00	10:00	년 월 일		
	11:00	15:00			
	16:00	17:00			
	18:00	20:00			
2025년 9월 15일	21:00	22:00	년 월 일		
	4:00	5:00			
	7:00	14:00	년 월 일		

상기와 같이 간병인을 사용하였음을 확인합니다.

간병인명	(인)	소속회사명	주식회사 도원
사업자등록번호	169-88-03279	작성일	2025년 9월 27일



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.

