



## 입원간병인 사용 확인서

### ■ 간병인 사용내역

| 간병인 사용시간<br>(년. 월. 일. 시)                            | 사<br>용<br>일<br>수 | 간병시간구분   | 의료기관명  | 간병인<br>성명 | 간병금액   |
|---|------------------|--|--------|-----------|--------|
| (시작) 25년 8월 9일 11:30<br>~<br>(종료) 25년 8월 9일 20:00   | 14               | <input type="checkbox"/> 8시간미만<br><input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상<br><input type="checkbox"/> 24시간 | 면력한방병원 | 전은지       | 88,000 |
| (시작) 25년 8월 10일 6:25<br>~<br>(종료) 25년 8월 10일 14:30  | 14               | <input type="checkbox"/> 8시간미만<br><input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상<br><input type="checkbox"/> 24시간 | 면력한방병원 | 전은지       | 88,000 |
| (시작) 25년 8월 11일 6:42<br>~<br>(종료) 25년 8월 11일 14:50  | 14               | <input type="checkbox"/> 8시간미만<br><input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상<br><input type="checkbox"/> 24시간 | 면력한방병원 | 전은지       | 88,000 |
| (시작) 25년 8월 12일 11:00<br>~<br>(종료) 25년 8월 12일 19:00 | 14               | <input type="checkbox"/> 8시간미만<br><input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상<br><input type="checkbox"/> 24시간 | 면력한방병원 | 전은지       | 88,000 |

※ 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 필히 제외 요망

### ■ 피보험자(환자) 확인

|         |        |     |            |
|---------|--------|-----|------------|
| 생 년 월 일 | 610105 | 성 명 | 김영란 (서명/인) |
|---------|--------|-----|------------|

### ■ 간병회사(회사) 확인

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

|         |              |         |               |
|---------|--------------|---------|---------------|
| 사업자등록번호 | 169 88 03279 | 작 성 일   | 2025년 08월 25일 |
| 연 락 처   | 1551-1451    | 업체명(직인) | 주식회사 도원       |





## 입원간병인 사용 확인서

### ■ 간병인 사용내역

| 간병인 사용시간<br>(년. 월. 일. 시)                            | 사<br>용<br>일<br>수 | 간병시간구분   | 의료기관명  | 간병인<br>성명 | 간병금액   |
|---|------------------|--|--------|-----------|--------|
| (시작) 25년 8월 13일 5:50<br>~<br>(종료) 25년 8월 13일 14:00  | 14               | <input type="checkbox"/> 8시간미만<br><input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상<br><input type="checkbox"/> 24시간 | 면력한방병원 | 전은지       | 88,000 |
| (시작) 25년 8월 14일 5:28<br>~<br>(종료) 25년 8월 14일 15:30  | 14               | <input type="checkbox"/> 8시간미만<br><input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상<br><input type="checkbox"/> 24시간 | 면력한방병원 | 전은지       | 88,000 |
| (시작) 25년 8월 15일 5:59<br>~<br>(종료) 25년 8월 15일 14:00  | 14               | <input type="checkbox"/> 8시간미만<br><input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상<br><input type="checkbox"/> 24시간 | 면력한방병원 | 전은지       | 88,000 |
| (시작) 25년 8월 16일 10:35<br>~<br>(종료) 25년 8월 16일 20:24 | 14               | <input type="checkbox"/> 8시간미만<br><input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상<br><input type="checkbox"/> 24시간 | 면력한방병원 | 전은지       | 88,000 |

※ 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 필히 제외 요망

### ■ 피보험자(환자) 확인

|         |        |     |            |
|---------|--------|-----|------------|
| 생 년 월 일 | 610105 | 성 명 | 김영란 (서명/인) |
|---------|--------|-----|------------|

### ■ 간병회사(회사) 확인

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

|         |              |         |               |
|---------|--------------|---------|---------------|
| 사업자등록번호 | 169 88 03279 | 작 성 일   | 2025년 08월 25일 |
| 연 락 처   | 1551-1451    | 업체명(직인) | 주식회사 도원       |





## 입원간병인 사용 확인서

### ■ 간병인 사용내역

| 간병인 사용시간<br>(년. 월. 일. 시)                            | 사<br>용<br>일<br>수 | 간병시간구분   | 의료기관명  | 간병인<br>성명 | 간병금액   |
|---|------------------|--|--------|-----------|--------|
| (시작) 25년 8월 17일 12:31<br>~<br>(종료) 25년 8월 17일 20:35 | 14               | <input type="checkbox"/> 8시간미만<br><input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상<br><input type="checkbox"/> 24시간 | 면력한방병원 | 전은지       | 88,000 |
| (시작) 25년 8월 18일 11:20<br>~<br>(종료) 25년 8월 18일 19:30 | 14               | <input type="checkbox"/> 8시간미만<br><input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상<br><input type="checkbox"/> 24시간 | 면력한방병원 | 전은지       | 88,000 |
| (시작) 25년 8월 19일 10:15<br>~<br>(종료) 25년 8월 19일 18:21 | 14               | <input type="checkbox"/> 8시간미만<br><input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상<br><input type="checkbox"/> 24시간 | 면력한방병원 | 전은지       | 88,000 |
| (시작) 25년 8월 20일 5:20<br>~<br>(종료) 25년 8월 20일 13:25  | 14               | <input type="checkbox"/> 8시간미만<br><input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상<br><input type="checkbox"/> 24시간 | 면력한방병원 | 전은지       | 88,000 |

※ 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 필히 제외 요망

### ■ 피보험자(환자) 확인

|         |        |     |            |
|---------|--------|-----|------------|
| 생 년 월 일 | 610105 | 성 명 | 김영란 (서명/인) |
|---------|--------|-----|------------|

### ■ 간병회사(회사) 확인

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

|         |              |         |               |
|---------|--------------|---------|---------------|
| 사업자등록번호 | 169 88 03279 | 작 성 일   | 2025년 08월 25일 |
| 연 락 처   | 1551-1451    | 업체명(직인) | 주식회사 도원       |





## 입원간병인 사용 확인서

### ■ 간병인 사용내역

| 간병인 사용시간<br>(년. 월. 일. 시)                            | 사<br>용<br>일<br>수 | 간병시간구분   | 의료기관명  | 간병인<br>성명 | 간병금액   |
|---|------------------|--|--------|-----------|--------|
| (시작) 25년 8월 21일 10:30<br>~<br>(종료) 25년 8월 21일 18:30 | 14               | <input type="checkbox"/> 8시간미만<br><input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상<br><input type="checkbox"/> 24시간 | 면력한방병원 | 전은지       | 88,000 |
| (시작) 25년 8월 22일 7:30<br>~<br>(종료) 25년 8월 22일 15:30  | 14               | <input type="checkbox"/> 8시간미만<br><input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상<br><input type="checkbox"/> 24시간 | 면력한방병원 | 전은지       | 88,000 |
| (시작) 25년 월 일<br>~<br>(종료) 25년 월 일                   | 14               | <input type="checkbox"/> 8시간미만<br><input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상<br><input type="checkbox"/> 24시간 | 면력한방병원 | 전은지       | 88,000 |
| (시작) 25년 월 일<br>~<br>(종료) 25년 월 일                   | 14               | <input type="checkbox"/> 8시간미만<br><input checked="" type="checkbox"/> 8시간이상<br><input type="checkbox"/> 24시간 | 면력한방병원 | 전은지       | 88,000 |

※ 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 필히 제외 요망

### ■ 피보험자(환자) 확인

|         |        |     |            |
|---------|--------|-----|------------|
| 생 년 월 일 | 610105 | 성 명 | 김영란 (서명/인) |
|---------|--------|-----|------------|

### ■ 간병회사(회사) 확인

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

|         |              |         |               |
|---------|--------------|---------|---------------|
| 사업자등록번호 | 169 88 03279 | 작 성 일   | 2025년 08월 25일 |
| 연 락 처   | 1551-1451    | 업체명(직인) | 주식회사 도원       |

