



입원간병인 사용 확인서

■ 간병인 사용내역

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

※ 간병인 성명은 일부만 기재바랍니다 (예) 흥X동, 흥O동

※ 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

생년월일	610105	성명	김영란 (서명/인)
------	--------	----	------------

■ 간병회사(회사) 확인

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

사업자등록번호	169 88 03279	작성일	2025년 08월 25일
연락처	1551-1451	업체명(직인)	주식회사 도원





입원간병인 사용 확인서

■ 간병인 사용내역

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

※ 간병인 성명은 일부만 기재바랍니다 (예) 흥X동, 흥O동

※ 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

생년월일	610105	성명	김영란 (서명/인)
------	--------	----	------------

■ 간병회사(회사) 확인

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

사업자등록번호	169 88 03279	작성일	2025년 08월 25일
연락처	1551-1451	업체명(직인)	주식회사 도원





입원간병인 사용 확인서

■ 간병인 사용내역

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

※ 간병인 성명은 일부만 기재바랍니다 (예) 흥X동, 흥O동

※ 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

생년월일	610105	성명	김영란 (서명/인)
------	--------	----	------------

■ 간병회사(회사) 확인

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

사업자등록번호	169 88 03279	작성일	2025년 08월 25일
연락처	1551-1451	업체명(직인)	주식회사 도원





입원간병인 사용 확인서

■ 간병인 사용내역

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

※ 간병인 성명은 일부만 기재바랍니다 (예) 흥X동, 흥O동

※ 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

생년월일	610105	성명	김영란 (서명/인)
------	--------	----	------------

■ 간병회사(회사) 확인

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

사업자등록번호	169 88 03279	작성일	2025년 08월 25일
연락처	1551-1451	업체명(직인)	주식회사 도원

