

# 간병인 사용확인서

## 1. 피보험자 인적사항 및 간병장소

성명	유지아	생년월일	681014-2	전화번호	010-8279-8342
병원명 (소재지)	박천수정형외과의원 (전주시)	입원기간	2025년 12월 16일 ~ 2025년 12월 31일		

## 2. 간병인 인적사항

성명	정복자	생년월일	650622-2	전화번호	010-5541-6991
----	-----	------	----------	------	---------------

## 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 12월 24일	16:00	24:00	2025년 12월 30일	01:00	03:00
2025년 12월 25일	01:00	02:00		04:00	05:00
	03:00	14:00		06:00	07:00
2025년 12월 26일	13:00	24:00		08:00	12:00
2025년 12월 27일	01:00	02:00	년 월 일		
	05:00	06:00	년 월 일		
	07:00	08:00	년 월 일		
	09:00	14:00	년 월 일		
2025년 12월 28일	11:00	20:00	년 월 일		
2025년 12월 29일	14:00	24:00	년 월 일		

상기와 같이 간병인을 사용하였음을 확인합니다.

간병인명	(인)	소속회사명	주식회사 도원
사업자등록번호	169-88-03279	작성일	2026년 02월 23일



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.