

# 간병인 사용확인서



■ 보험회사 제출용 ■

## ■ 피보험자 인적사항 및 간병장소

성명:	생년월일: 75.07.05	전화번호: 010-4219-8319
병원명(소재지):	입원기간: 2025. 8. 5 ~ 2025. 8. 9	

## ■ 간병인 인적사항

성명	생년월일	83.12.12	전화번호	010-7477-7947
----	------	----------	------	---------------

## ■ 간병인 소속 간병회사

소속회사명	회사전화번호	1551-1451
-------	--------	-----------

## ■ 간병인 세부 사용내역 (8시간/1일 이상시 기재)

입원일	간병인 사용시간		입원일	간병인 사용시간	
	시작시간	종료시간		시작시간	종료시간
2025 년 8월 5일	16:00	24:00	년 월 일		
2025 년 8월 6일	5:00	9:00	년 월 일		
2025 년 8월 6일	13:00	22:00	년 월 일		
2025 년 8월 7일	5:00	21:00	년 월 일		
2025년 8월 8일	5:00	21:00	년 월 일		
2025년 8월 9일	5:00	13:00	년 월 일		
년 월 일			년 월 일		
년 월 일			년 월 일		

## ■ 확인자내용

상기와 같이 간병인을 사용하였음을 확인합니다.					
간병인명	(인)	소속회사명			
사업자등록번호	169-88-03279	작성일	2025 년	8월	18 일



※ 간병인이 소속된 간병회사의 직인 날인 (다만, 「개인간병인」의 경우 예외)

※ 첨부서류 간병인사용영수증: 카드 전표 또는 현금영수증(사업자등록번호 포함/간이영수증제외)

※ 당사 보험금청구서 양식 외 장기요양기관의 자유양식을 제출하실 수 있으나, 상기 내용이 필수 내용으로 기재된 것이어야 합니다.