간병인 사용확인서

[우체국보험 제출용]

1. 인적사항

피보험자명	(서명/인)	연락처		생년월일	

2. 간병인 사용 세부내역

최초 입원 시작일		2026년 1월 5일	간병인 연락처		010-7339-7511	
의료기관명	의료기관 구분	간병인 사용기간 (년, 월, 일, 시)	간병 일수	간병 시간 구분	간병인 성명	영수액 (수수료 포함)
목포중앙병원	■ 병원 또는 의원(**요양병원 제외**) □ 요양병원	2026년 1월 6일 10:00 ~ 2026년 1월 6일 14:00	1	■ 8시간미만 □ 8시간이상	이○임	88,000
목포중앙병원	■ 병원 또는 의원(**요양병원 제외**) □ 요양병원	2026년 1월 7일 10:00 ~ 2026년 1월 7일 14:00	1	■ 8시간미만 □ 8시간이상	이○임	88,000
목포중앙병원	■ 병원 또는 의원(**요양병원 제외**) □ 요양병원	2026년 1월 8일 10:00 ~ 2026년 1월 8일 14:00	1	■ 8시간미만 □ 8시간이상	이○임	88,000
목포중앙병원	■ 병원 또는 의원(**요양병원 제외**) □ 요양병원	2026년 1월 9일 12:00 ~ 2026년 1월 9일 16:00	1	■ 8시간미만 □ 8시간이상	이○임	88,000

※ 간병인 성명의 경우 마스킹 하여 작성 부탁드립니다. (예: 홍길동 → 홍○동)
※ 의료기관을 이전하여 입원하거나, 간병인을 교체한 경우 또는 간병인을 연속하여 사용하지 않은 경우는 구분하여 작성 부탁드립니다.

(작성 예시)
① 2024년 6월 5일 오후10시 ~ 2024년 6월 10일 오전6시 ▶ **날짜 및 시간 정확히 기재**
② 2024년 6월 4일 ~ 2024년 8월 15일 중 간병인 연속하여 사용하지 않은 경우 ▶ **실 사용기간 구분하여 기재**
- 2024년 6월 4일 오후10시 ~ 2024년 6월 30일 오전9시
- 2024년 7월 15일 오전9시 ~ 2024년 8월 15일 오후7시

(참고 사항)

◎ **간병인의 정의**
간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료기관에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 있음이 확인된 자, 사업자를 등록한 자 또는 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 것이 확인된 자에 한합니다.
다만, 사업자는 간병인 제공 서비스를 영위하여야 합니다.

◎ **사용기간이란?**
실제 간병인을 사용한 기간으로 공백기간(중단기간)이 존재할 경우에는 공백기간을 제외한 실제 사용기간의 **날짜 및 시간**을 정확히 기재해 주시기 바랍니다.

◎ **제출 서류**
① 청구서(체신관서 양식)
② 간병인 사용확인서(체신관서양식)
③ 사고증명서(사망진단서, 진단서(병명기입), 입원확인서 등)
④ 간병인 사용 영수증 : 카드전표 또는 현금영수증
(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외)
⑤ 사업자등록증 사본
⑥ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
⑦ 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

3. 간병회사 확인

상기 사항과 관련하여 작성한 모든 내용이 사실임을 확인하며, 사실과 다른 경우에는 민·형사상 책임을 질 것을 확약합니다.

사업자등록번호	169-88-03279		연락처	1551-1451
간병업체명(직인)	주식회사 도원	(직인)	작성일	2026 년 1 월 27 일

※ 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 위 내용을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류로 대체 할 수 있습니다.

간병인 사용확인서

〔우체국보험 제출용〕

1. 인적사항

피보험자명	(서명/인)	연락처		생년월일	

2. 간병인 사용 세부내역

최초 입원 시작일	2026년 1월 5일	간병인 연락처	010-7339-7511

의료기관명	의료기관 구분	간병인 사용기간 (년, 월, 일, 시)	간병 일수	간병 시간 구분	간병인 성명	영수액 (수수료 포함)
목포중앙병원	■ 병원 또는 의원(**요양병원 제외**) □ 요양병원	2026년 1월 10일 10:00 ~ 2026년 1월 10일 14:00	1	■ 8시간미만 □ 8시간이상	이○임	88,000
목포중앙병원	■ 병원 또는 의원(**요양병원 제외**) □ 요양병원	2026년 1월 11일 10:00 ~ 2026년 1월 11일 14:00	1	■ 8시간미만 □ 8시간이상	이○임	88,000
목포중앙병원	■ 병원 또는 의원(**요양병원 제외**) □ 요양병원	2026년 1월 12일 10:00 ~ 2026년 1월 12일 14:00	1	■ 8시간미만 □ 8시간이상	이○임	88,000
목포중앙병원	■ 병원 또는 의원(**요양병원 제외**) □ 요양병원	2026년 1월 13일 15:00 ~ 2026년 1월 13일 19:00	1	■ 8시간미만 □ 8시간이상	이○임	88,000

※ 간병인 성명의 경우 마스킹 하여 작성 부탁드립니다. (예: 홍길동 → 홍○동)
※ 의료기관을 이전하여 입원하거나, 간병인을 교체한 경우 또는 간병인을 연속하여 사용하지 않은 경우는 구분하여 작성 부탁드립니다.

(작성 예시)
① 2024년 6월 5일 오후10시 ~ 2024년 6월 10일 오전6시 ▶ **날짜 및 시간 정확히 기재**
② 2024년 6월 4일 ~ 2024년 8월 15일 중 간병인 연속하여 사용하지 않은 경우 ▶ **실 사용기간 구분하여 기재**
- 2024년 6월 4일 오후10시 ~ 2024년 6월 30일 오전9시
- 2024년 7월 15일 오전9시 ~ 2024년 8월 15일 오후7시

(참고 사항)

◎ **간병인의 정의**
간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료기관에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 있음이 확인된 자, 사업자를 등록한 자 또는 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 것이 확인된 자에 한합니다.
다만, 사업자는 간병인 제공 서비스를 영위하여야 합니다.

◎ **사용기간이란?**
실제 간병인을 사용한 기간으로 공백기간(중단기간)이 존재할 경우에는 공백기간을 제외한 실제 사용기간의 **날짜 및 시간**을 정확히 기재해 주시기 바랍니다.

◎ **제출 서류**
① 청구서(체신관서 양식)
② 간병인 사용확인서(체신관서양식)
③ 사고증명서(사망진단서, 진단서(병명기입), 입원확인서 등)
④ 간병인 사용 영수증 : 카드전표 또는 현금영수증
(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외)
⑤ 사업자등록증 사본
⑥ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
⑦ 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

3. 간병회사 확인

상기 사항과 관련하여 작성한 모든 내용이 사실임을 확인하며, 사실과 다른 경우에는 민·형사상 책임을 질 것을 확약합니다.

사업자등록번호	169-88-03279	연락처	1551-1451
간병업체명(직인)	주식회사 도원 (직인)	작성일	2026 년 1 월 27 일

※ 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 위 내용을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류로 대체 할 수 있습니다.

간병인 사용확인서

〔우체국보험 제출용〕

1. 인적사항

피보험자명	(서명/인)	연락처		생년월일	

2. 간병인 사용 세부내역

최초 입원 시작일		2026년 1월 5일	간병인 연락처		010-7339-7511	
의료기관명	의료기관 구분	간병인 사용기간 (년, 월, 일, 시)	간병 일수	간병 시간 구분	간병인 성명	영수액 (수수료 포함)
목포중앙병원	■ 병원 또는 의원(**요양병원 제외**) □ 요양병원	2026년 1월 14일 10:00 ~ 2026년 1월 14일 14:00	1	■ 8시간미만 □ 8시간이상	이○임	88,000
목포중앙병원	■ 병원 또는 의원(**요양병원 제외**) □ 요양병원	2026년 1월 15일 10:00 ~ 2026년 1월 15일 14:00	1	■ 8시간미만 □ 8시간이상	이○임	88,000
목포중앙병원	■ 병원 또는 의원(**요양병원 제외**) □ 요양병원	2026년 1월 16일 10:00 ~ 2026년 1월 16일 14:00	1	■ 8시간미만 □ 8시간이상	이○임	88,000
	□ 병원 또는 의원(**요양병원 제외**) □ 요양병원	~		□ 8시간미만 □ 8시간이상		

※ 간병인 성명의 경우 마스킹 하여 작성 부탁드립니다. (예: 홍길동 → 홍○동)
※ 의료기관을 이전하여 입원하거나, 간병인을 교체한 경우 또는 간병인을 연속하여 사용하지 않은 경우는 구분하여 작성 부탁드립니다.

(작성 예시)
① 2024년 6월 5일 오후10시 ~ 2024년 6월 10일 오전6시 ▶ **날짜 및 시간 정확히 기재**
② 2024년 6월 4일 ~ 2024년 8월 15일 중 간병인 연속하여 사용하지 않은 경우 ▶ **실 사용기간 구분하여 기재**
- 2024년 6월 4일 오후10시 ~ 2024년 6월 30일 오전9시
- 2024년 7월 15일 오전9시 ~ 2024년 8월 15일 오후7시

(참고 사항)

◎ **간병인의 정의**
간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료기관에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 있음이 확인된 자, 사업자를 등록한 자 또는 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 것이 확인된 자에 한합니다.
다만, 사업자는 간병인 제공 서비스를 영위하여야 합니다.

◎ **사용기간이란?**
실제 간병인을 사용한 기간으로 공백기간(중단기간)이 존재할 경우에는 공백기간을 제외한 실제 사용기간의 **날짜 및 시간**을 정확히 기재해 주시기 바랍니다.

◎ **제출 서류**
① 청구서(체신관서 양식)
② 간병인 사용확인서(체신관서양식)
③ 사고증명서(사망진단서, 진단서(병명기입), 입원확인서 등)
④ 간병인 사용 영수증 : 카드전표 또는 현금영수증
(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외)
⑤ 사업자등록증 사본
⑥ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
⑦ 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

3. 간병회사 확인

상기 사항과 관련하여 작성한 모든 내용이 사실임을 확인하며, 사실과 다른 경우에는 민·형사상 책임을 질 것을 확약합니다.

사업자등록번호	169-88-03279		연락처	1551-1451
간병업체명(직인)	주식회사 도원	(직인)	작성일	2026 년 1 월 27 일

※ 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 위 내용을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류로 대체 할 수 있습니다.