

# 간병인 사용확인서

## 1. 피보험자 인적사항 및 간병장소

성명		생년월일		전화번호	
병원명 (소재지)		입원기간	년 월 일 ~	년 월 일	

## 2. 간병인 인적사항

성명		생년월일		전화번호	
----	--	------	--	------	--

## 3. 간병인 소속 간병회사

소속 회사명		회사 전화번호	
--------	--	---------	--

## 4. 간병인 세부 사용내역

입원일	간병인 사용시간		입원일	간병인 사용시간	
	시작시간	종료시간		시작시간	종료시간
년 월 일			년 월 일		
년 월 일			년 월 일		
년 월 일			년 월 일		
년 월 일			년 월 일		
년 월 일			년 월 일		
년 월 일			년 월 일		
년 월 일			년 월 일		
년 월 일			년 월 일		
년 월 일			년 월 일		
년 월 일			년 월 일		
년 월 일			년 월 일		
년 월 일			년 월 일		
년 월 일			년 월 일		

상기와 같이 간병인을 사용하였음을 확인합니다.

간병인명	(인)	소속회사명	(직인)
사업자등록번호		작성일	년 월 일

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

# 첨부서류 ① 간병인사용영수증 : 카드전표 또는 현금영수증 (간이영수증 제외) ② 사업자등록증 사본

※ 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하거나 그 서류 또는 증거를 위·변조 하는 행위는 명백한 사기이며 보험금지급이 거절됩니다.