



입원간병인 사용 확인서

■ 간병인 사용내역

| 간병인 성명 | 간병인 사용기간 (년. 월. 일. 시) | 사용일수 | 입원 의료기관명 | 간병 금액 |
|--------|--------------------------|------|----------|-------|
| | ~ | | | |
| | ~ | | | |
| | ~ | | | |
| | ~ | | | |
| | ~ | | | |

- ※ 간병인 성명은 일부만 기재바랍니다. (예) 홍X동, 홍O동
- ※ 의료기관을 이전하여 입원하거나 간병인을 교체한 경우 또는 간병인을 연속하여 사용하지 않은 경우는 해당기간을 제외 후, 구분하여 작성 부탁드립니다
(예) '23.7.4일~'23.7.15일 입원중 9일,10일 간병인 연속 미사용
 - 1차 : '23년 7월 4일 9시 ~ '23년 7월 8일 18시
 - 2차 : '23년 7월 11일 9시 ~ '23년 7월 15일 18시로 실 사용기간 구분하여 입력
- ※ 유의사항 :
 - 8시간 미만으로 간병인을 사용한 날의 경우 사용일수에서 필히 제외 바랍니다

※ 피보험자(환자) 확인

| | | | |
|------|--|----|--------|
| 생년월일 | | 성명 | |
| | | | (서명/인) |

■ 간병업체(회사) 확인

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

| | | | |
|---------|--|---------|--------|
| 사업자등록번호 | | 작성일 | |
| | | | (서명/인) |
| 연락처 | | 업체명(직인) | |
| | | | (직인) |