간병인 사용확인서

| 보험회사 제출용 |

■ 피보험자 인적사항 및 간병장소

성명 :	생년월일 :	전화번호 :
병원명(소재지) :	입원기간 :	

■ 간병인 인적사항

성명		생년월일		전화번호	

■ 간병인 소속 간병회사

소속회사명		회사전화번호	

■ 간병인 세부 사용내역 (8시간/1일 이상시 기재)

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		

■ 확인자 내용

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 간병인사용영수증 : 카드 전표 또는 현금영수증(사업자등록번호 포함/간이영수증제외)
※ 당사 보험금청구서 양식 외 장기요양기관의 자유양식을 제출하실 수 있으나, 상기 내용이 필수 내용으로 기재된 것이어야 합니다.

KYOBO 교보생명