입원간병인 사용확인서

▣ 환자(피보험자)

성 명		생년월일	

▣ 간병인 세부 사용 내역

간병인 성명	간병인 사용기간 (년. 월. 일. 시)	간병인 사용일수	입원 의료기관	영수액
	~			
	~			
	~			
	~			
	~			
	~			
	~			
	~			

*'간병인 사용기간'이란 실제 간병인을 사용한 기간으로 공백기간(중단기간)이 존재할 경우에는 공백기간을 제외한 실제 사용기간의 날짜 및 시간을 정확히 기재해 주시기 바랍니다.

*8시간 미만으로 간병인을 사용한 날의 경우 사용일수에서 제외 후 기재하여 주시기 바랍니다.

*의료기관을 이전하여 입원하거나 간병인을 교체한 경우 또는 간병인을 연속하여 사용하지 않은 경우 구분하여 작성 해주시기 바랍니다.

*간병인 성명의 경우 마스킹 하여 작성 부탁드립니다.(마스킹 작성 예시 : 이철O,김O수..)

상기와 같이 환자(피보험자)를 간병하였음을 확인합니다.

사업자등록번호		작성일	년 월 일
연락처		업체명(직인)	(직인)

*첨부서류 : ①간병인사용영수증 : 카드전표 또는 현금영수증(간이영수증제외),②사업자등록증 사본

*회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자,피보험자 또는 보험수익자에게 간병인,병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류를 요청할 수 있습니다.

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

ABL