# 간병인 사용 확인서

## ■ 피보험자 정보(간병 서비스 대상자)

| | |
|---|---|
| 성명 | |
| 주민번호 | |
| 연락처 | |

## ■ 간병인 지원 서비스 사용 내역

※ 간병인 지원 시점을 기준으로 매 24시간 1일 (24시간미만 1일로 간주)

| | |
|---|---|
| 서비스 신청기간 | 년 월 일 ~ 년 월 일 |
| 서비스 수행 장소 | 의료기관 명 : 병실호수 : |
| 서비스 제공 기간 | 년 월 일 시 분 ~ 년 월 일 시 분<br>총 사용시간 일 시간 |
| 간병인 정보 | 성 명 : 연락처 : |
| 사업자번호 | |

## ■ 추가 구비서류

- 입퇴원확인서(진단명, 입/퇴원일 필수기재), 간병인사용 영수증(단, 간이영수증 불가)

## ■ 문의처

상기 내용과 관련하여 문의 사항이 있으신 경우 담당자( ), TEL( )
로 연락 부탁 드립니다.

당사는 상기와 같이 간병인 지원 서비스를 고객에게 제공하였음을 최종 확인합니다.

간병인소속업체
대표자 (인)
주소

※ 해당 서류는 간병인 사용을 확인하는 목적으로 날인이 필수 요구되며, 누락 시 심사에 제한을 받으실 수 있습니다.