Heungkuk Life Insurance

입원간병인 사용 확인서

■ 간병인 사용내역

간병인 사용시간 (년. 월. 일. 시)	사용 일수	간병시간구분	의료기관명	간병인 성명	간병금액
(시작) 년 월 일 시 ~ (종료) 년 월 일 시		☐ 8시간미만 ☐ 8시간이상 ☐ 24시간			
(시작) 년 월 일 시 ~ (종료) 년 월 일 시		☐ 8시간미만 ☐ 8시간이상 ☐ 24시간			
(시작) 년 월 일 시 ~ (종료) 년 월 일 시		☐ 8시간미만 ☐ 8시간이상 ☐ 24시간			
(시작) 년 월 일 시 ~ (종료) 년 월 일 시		☐ 8시간미만 ☐ 8시간이상 ☐ 24시간			

※ 간병인 성명은 일부만 기재바랍니다 (예) 홍X동, 홍O동

※ 의료기관을 이전하여 입원하거나 간병인을 교체한 경우 또는 간병인을 연속하여 사용하지 않은 경우는 해당기간 제외후 구분하여 작성 부탁드립니다

(예) '23.7.4일~'23.7.15일 입원중 9일,10일 간병인 연속 미사용시

· 1차 : '23년 7월 04일 9시 ~ '23년 7월 08일 18시

· 2차 : '23년 7월 11일 9시 ~ '23년 7월 15일 18시로 실 사용기간 구분하여 입력

※ 유의사항

- 날짜 및 시간 정확히 기재해주시고 8시간미만 간병인 근무시에는 사용일수에서 필히 제외 요망

■ **피보험자(환자) 확인**

생 년 월 일		성 명	(서명/인)

■ **간병회사(회사) 확인**

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

사업자등록번호		작 성 일	년 월 일
연 락 처		업체명(직인)	(직인)