간병인 사용 확인서

☐ 신규신청 ☐ 추가신청

1. 신청자 인적사항

피보험자		생년월일	
휴대전화		서비스 신청일	
사고(발병)일시		청구유형	☐상해 ☐질병
진단명 및 사고내용			

2. 간병인 사용내역

병원명		입원호실	
간병인명		간병인 연락처	
최초 입원 시작일		예상 사용기간	
사용 기간	( )차 20 . . . : ~ 20 . . . : 서비스제공일수 ( ) 일		
	( )차 20 . . . : ~ 20 . . . : 서비스제공일수 ( ) 일		
	( )차 20 . . . : ~ 20 . . . : 서비스제공일수 ( ) 일		
계속 사용 여부	☐계속 사용 중 ☐사용 종료		

※ 사용기간이란?
실제 간병인 서비스를 제공한 기간으로 공백기간(중단기간)이 존재할 경우 이를 제외한 실제 사용 기간의 날짜 및 시간을 정확히 기재해 주시기 바랍니다.

3. 고객/간병인 확인사항

※ 간병인 서비스 제공일로부터 5일 내 필수서류를 제출하여 주시기 바랍니다.
[필수서류] 간병인 서비스 신청서 및 서비스 제공 내역, 입원확인서, 초진차트
※ 원활한 서비스 제공을 위해 고객이 제출한 서류는 한화손해보험에 제공되며, 한화손해보험에서 연락드릴 수 있습니다.
※ 간병인 사용 비용은 간병인 서비스를 제공한 업체로 지급되며, 서비스 제공 후 보상하지 않는 손해일 경우 고객은 기제공 된 서비스지원 비용의 전부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.
※ 입원기간 중 간병인 서비스 미이용 기간(중단기간 포함)에 해당하는 입원일수는 보험금 청구 시 입원일당으로 보험수익자에게 지급할 수 있습니다.
※ 간병인 사용과 관련된 업무 문의 및 기타 요청사항 등은 간병 서비스 제공업체의 안내에 따라 주시기 바랍니다.
※ 간병인 사용비용청구와 관련하여 상기와 같이 간병인 사용을 확인합니다.

상기 사항과 관련하여 작성한 모든 내용이 사실임을 확인하며, 사실과 다를 경우에는 모든 책임을 질 것을 확약합니다.

작 성 일	년 월 일	간병업체	(서명)