간병인 사용 확인서

KB라이프

피보험자 인적사항 및 간병장소

성명		생년월일	년 월 일	전화번호	
병원명(소재지)		입원기간	년 월 일 ~ 년 월 일		

간병인 인적사항

성명		생년월일	년 월 일	전화번호	

간병인 소속 간병회사

소속회사명		전화번호	

간병인 세부 사용내역

입원일	간병인 사용시간			입원일	간병인 사용시간		
	시작시간	종료시간	영수액		시작시간	종료시간	영수액
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			
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

※ 첨부서류 ①간병인사용영수증(카드전표 또는 현금영수증) * 간이영수증 제외 ② 사업자등록증 사본

※ 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하거나 그 서류 또는 증거를 위·변조하는 행위는 명백한 사기이며 보험금 지급이 거절됩니다.