

치료확인서 (치과 병/의원 기재용)

환자명	주민등록번호	내원사유	질병 <input type="checkbox"/> 상해 <input type="checkbox"/>
-----	--------	------	---

■ 초진 당시 결손부위 및 치아상태

- 1) 초진일 : 년 월 일
 2) 결손부위 : 없다 있다 (치아번호 :
 3) 틀니/브릿지/임플란트 장착 상태여부 해당없음 장착중 ※ 아래 각 항목()란에 치아번호 기재 바랍니다.
 틀니() 브릿지() 임플란트()

■ 발거(치)/임플란트/브릿지/틀니/치조골이식술

※ 상기 각 치료항목의 *표는 보험급여 또는 의료급여가 적용되고 약관에서 정한 진료행위코드에 부합 할 경우 보장됩니다. 진료행위코드 기재바랍니다.

치아번호	한국질병 분류코드	진료행위 코드	치료구분 (<input type="checkbox"/> 란에 V 표시)	발거(치)일	치료일(장착일)
			<input type="checkbox"/> 단순발치* <input type="checkbox"/> 정교발치* <input type="checkbox"/> 완전매복발치*	년 월 일	년 월 일
			<input type="checkbox"/> 단순발치* <input type="checkbox"/> 정교발치* <input type="checkbox"/> 완전매복발치*	년 월 일	년 월 일
			<input type="checkbox"/> 단순발치* <input type="checkbox"/> 정교발치* <input type="checkbox"/> 완전매복발치*	년 월 일	년 월 일
			<input type="checkbox"/> 단순발치* <input type="checkbox"/> 정교발치* <input type="checkbox"/> 완전매복발치*	년 월 일	년 월 일
			<input type="checkbox"/> 틀니 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 임플란트(재식립)	년 월 일	년 월 일
			<input type="checkbox"/> 틀니 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 임플란트(재식립)	년 월 일	년 월 일
			<input type="checkbox"/> 틀니 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 임플란트(재식립)	년 월 일	년 월 일
			<input type="checkbox"/> 틀니 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 임플란트(재식립)	년 월 일	년 월 일
			<input type="checkbox"/> 골이식술 <input type="checkbox"/> 골유도재생술 <input type="checkbox"/> 상악동거상술	년 월 일	년 월 일
			<input type="checkbox"/> 골이식술 <input type="checkbox"/> 골유도재생술 <input type="checkbox"/> 상악동거상술	년 월 일	년 월 일
			<input type="checkbox"/> 골이식술 <input type="checkbox"/> 골유도재생술 <input type="checkbox"/> 상악동거상술	년 월 일	년 월 일
			<input type="checkbox"/> 골이식술 <input type="checkbox"/> 골유도재생술 <input type="checkbox"/> 상악동거상술	년 월 일	년 월 일

- 1) 발치(단순/정교(부분매복)/완전매복)는 발치치료비보장 특별약관의 보장사항입니다.
 2) 브릿지/틀니는 결손부 치아기재(pontic)

■ 보존/근관치료

※ 최종치료(장착일, 신경치료완료일) 기준으로 기재하여 주시기 바랍니다.(임시치료 제외)
 ※ 기타()란에는 치료명을 기재해주시십시오.

치아번호	한국질병 분류코드	치료내용	치료구분 (<input type="checkbox"/> 란에 V 표시)	진단일	치료일
		충전치료	<input type="checkbox"/> 아말감/글래스아이노머(GI) <input type="checkbox"/> 레진필링 <input type="checkbox"/> 금/도제(세라믹) <input type="checkbox"/> 기타()	년 월 일	년 월 일
		충전치료	<input type="checkbox"/> 아말감/글래스아이노머(GI) <input type="checkbox"/> 레진필링 <input type="checkbox"/> 금/도제(세라믹) <input type="checkbox"/> 기타()	년 월 일	년 월 일
		크라운 / 신경치료	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치아신경치료 <input type="checkbox"/> 기타()	년 월 일	년 월 일
		크라운 / 신경치료	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치아신경치료 <input type="checkbox"/> 기타()	년 월 일	년 월 일

■ 이의 치료내용

※ 상기 각 치료항목의 *표는 보험급여 또는 의료급여가 적용되고 약관에서 정한 진료행위코드에 부합 할 경우 보장됩니다. 진료행위코드 기재바랍니다.

구분	치아 번호	한국질병 분류코드	진료행위 코드	치료구분 (<input type="checkbox"/> 란에 V 표시)	진단일	치료일
스케일링				<input type="checkbox"/> 적용 (※ 보험급여 또는 의료급여 적용 시에 보장됩니다)	년 월 일	년 월 일
치주질환치료 / 턱관절장애 치료				<input type="checkbox"/> 치주소파술[1/3약당]* <input type="checkbox"/> 치주질환수술 <input type="checkbox"/> 턱관절장애수술 <input type="checkbox"/> 턱관절장애입원	년 월 일	년 월 일
				<input type="checkbox"/> X-ray(치근단/교익/교합)촬영* <input type="checkbox"/> 파노라마 촬영* <input type="checkbox"/> X-ray(치근단/교익/교합)촬영* <input type="checkbox"/> 파노라마 촬영*	년 월 일	년 월 일
기타				<input type="checkbox"/> 치면열구전색술(실란트)* <input type="checkbox"/> 기타()	년 월 일	년 월 일

상기 질환으로 인하여 치료 받았음을 확인합니다.

※ 해당 치과에서 시행한 내용만 기재해주시십시오. 병(의원)의 (직인) 및 의사(인)이 누락된 경우 본 치료확인서는 무효입니다.
 ※ 보장내용은 가입하신 상품에 따라 상이 할 수 있으며, 약관에서 정한 보험금지급사유 이외는 보장하지 않습니다.
 ※ 정확한 보험금지급 심사처리를 위해 해당 서류 이외에 추가 서류를 요청 드릴 수 있습니다.

작성일	년 월 일	병원명	(직인)
		전화번호	
		의사면허번호	
		의사성명	(인)



팀 : 보상본부
센 터 : 장기일반보상지원팀
담당자 : 이규민

고객콜센터 1566-3000 www.hanainsure.co.kr [1/1]

발행일시: 2022.09.07 16:01 발행자: 이규민