

치과치료확인서(치과 병/의원 작성용)



1. 환자 기본정보

성명		주민번호		초진일자	년	월	일
----	--	------	--	------	---	---	---

2. 초진 당시 결손부위 및 치아상태 (해당치아에 v 체크 부탁드립니다.)

번호	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
상태																
번호	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
상태																

3. 치료내용 *치아보험 청구시 치아우식(K02,K04),잇몸질환(K05) 및 재해로 인한 청구시 보장가능

구분	치료종류	질병분류코드	치아번호	치료일
구내방사선 (X-ray)	<input type="checkbox"/> 급여 *건강보험 적용시 <input type="checkbox"/> 비급여 <input type="checkbox"/> 치근단 (매) <input type="checkbox"/> 교합 (매) <input type="checkbox"/> 교익 (매)			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 급여 *건강보험 적용시 <input type="checkbox"/> 비급여 <input type="checkbox"/> 치근단 <input type="checkbox"/> 교합 <input type="checkbox"/> 교익			년 월 일
파노라마	<input type="checkbox"/> 급여 *건강보험 적용시 <input type="checkbox"/> 비급여			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 급여 *건강보험 적용시 <input type="checkbox"/> 비급여			년 월 일
치석제거 (스케일링)	<input type="checkbox"/> 급여 *건강보험 적용시 <input type="checkbox"/> 비급여			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 급여 *건강보험 적용시 <input type="checkbox"/> 비급여			년 월 일
치주질환 (잇몸질환)	<input type="checkbox"/> 급여 *건강보험 적용시 <input type="checkbox"/> 비급여 <input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치은박리소파술 <input type="checkbox"/> 치은절제술 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 급여 *건강보험 적용시 <input type="checkbox"/> 비급여 <input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치은박리소파술 <input type="checkbox"/> 치은절제술 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
보존치료 (인레이/온레이 외)	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
인레이/온레이	<input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
치수신경치료 /크라운치료	<input type="checkbox"/> 치수신경치료 <input type="checkbox"/> 크라운치료 *치료 시작일로 기재 바랍니다			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 치수신경치료 <input type="checkbox"/> 크라운치료 *치료 시작일로 기재 바랍니다			년 월 일
치조골이식술	<input type="checkbox"/> 치조골이식술			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 치조골이식술			년 월 일

*구내방사선, 파노라마, 치석제거, 치주질환 치료는 건강보험 적용시 보장가능

4. 임플란트/브릿지/틀니(브릿지는 브릿지가 장착된 발치된 치아를 기재) *보장개시일 이후 발치시행시 보철치료 보장가능

치료종류	질병분류코드	치아번호	발치일	치료일(식립일/장착일)
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일

* 임플란트, 브릿지, 틀니 청구시 치료 전후 X-ray 또는 치료 전후 파노라마 사진을 첨부하시기 바랍니다.

5. 발치 (어린이보험 치아치료특약 限)

치료종류	질병분류코드	치아번호	발치일
<input type="checkbox"/> 단순발치(U4411~3) <input type="checkbox"/> 정교한발치(U4414~6) <input type="checkbox"/> 완전매복발치(u4417)			년 월 일
<input type="checkbox"/> 단순발치(U4411~3) <input type="checkbox"/> 정교한발치(U4414~6) <input type="checkbox"/> 완전매복발치(u4417)			년 월 일

상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다. * 병(의)원 직인 및 의사(인)이 누락된 경우 무효

병원명	(직인)	요양기관코드	전화번호	
의사성명	(인)	면허번호	작성일	년 월 일

치과치료확인서(치과 병/의원 작성용)

작성 예시



1. 환자 기본정보

성명	김 삼 성	주민번호	*****-*****	초진일자	20** 년 * 월 * 일
----	-------	------	-------------	------	----------------

2. 초진 당시 결손부위 및 치아상태 (해당치아에 v 체크 부탁드립니다.)

번호	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
상태		✓														
번호	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
상태												✓				

3. 치료내용 ※치아보험 청구시 치아우식(K02,K04),잇몸질환(K05) 및 재해로 인한 청구시 보장가능

구분	치료종류	질병분류코드	치아번호	치료일
구내방사선 (X-ray)	<input type="checkbox"/> 급여 ※건강보험 적용시 <input type="checkbox"/> 비급여 <input type="checkbox"/> 치근단 (매) <input type="checkbox"/> 교합 (매) <input type="checkbox"/> 교익 (매)			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 급여 ※건강보험 적용시 <input type="checkbox"/> 비급여 <input type="checkbox"/> 치근단 <input type="checkbox"/> 교합 <input type="checkbox"/> 교익			년 월 일
파노라마	<input type="checkbox"/> 급여 ※건강보험 적용시 <input type="checkbox"/> 비급여			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 급여 ※건강보험 적용시 <input type="checkbox"/> 비급여			년 월 일
치석제거 (스케일링)	<input type="checkbox"/> 급여 ※건강보험 적용시 <input type="checkbox"/> 비급여			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 급여 ※건강보험 적용시 <input type="checkbox"/> 비급여			년 월 일
치주질환 (잇몸질환)	<input type="checkbox"/> 급여 ※건강보험 적용시 <input type="checkbox"/> 비급여 <input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치은박리소파술 <input type="checkbox"/> 치은절제술 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 급여 ※건강보험 적용시 <input type="checkbox"/> 비급여 <input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치은박리소파술 <input type="checkbox"/> 치은절제술 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
보존치료 (인레이/온레이 외)	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
인레이/온레이	<input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
치수신경치료 /크라운치료	<input checked="" type="checkbox"/> 치수신경치료 <input type="checkbox"/> 크라운치료 ※치료 시작일로 기재 바랍니다	K02	35	** 년 * 월 * 일
	<input type="checkbox"/> 치수신경치료 <input type="checkbox"/> 크라운치료 ※치료 시작일로 기재 바랍니다			년 월 일
치조골이식술	<input checked="" type="checkbox"/> 치조골이식술	K02	24	** 년 * 월 * 일
	<input type="checkbox"/> 치조골이식술			년 월 일

※구내방사선, 파노라마, 치석제거, 치주질환 치료는 건강보험 적용시 보장가능

4. 임플란트/브릿지/틀니(브릿지는 브릿지가 장착된 발치된 치아를 기재) ※보장개시일 이후 발치시행시 보철치료 보장가능

치료종류	질병분류코드	치아번호	발치일	치료일(식립일/장착일)
<input checked="" type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니	K03	22	** 년 * 월 * 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일

※ 임플란트, 브릿지, 틀니 청구시 치료 전후 X-ray 또는 치료 전후 파노라마 사진을 첨부하시기 바랍니다.

5. 발치 (어린이보험 치아치료특약)

치료종류	질병분류코드	치아번호	발치일
<input type="checkbox"/> 단순발치(U4411~3) <input type="checkbox"/> 정교한발치(U4414~6) <input type="checkbox"/> 완전매복발치(u4417)			년 월 일
<input type="checkbox"/> 단순발치(U4411~3) <input type="checkbox"/> 정교한발치(U4414~6) <input type="checkbox"/> 완전매복발치(u4417)			년 월 일

상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다. ※ 병(의)원 직인 및 의사(인)이 누락된 경우 무효

병원명	삼성치과 (직인)	요양기관코드	*****	전화번호	02-****-*****
의사성명	이삼성 (인)	면허번호	*****	작성일	** 년 * 월 * 일