meritz 메리츠화재
[용도:보험회사 제출용]

# 치료확인서 (치과 병/의원 기재용)

| 환자명 | | 주민등록번호 | | 내원사유 | 질병 □ 상해 □ |
|---|---|---|---|---|---|

## O 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( )

## O 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 ( □ 란에 V 표시) | 발거(치)일 | 치료일(장착일) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | □ 단순발치* □ 정교발치* □ 완전매복발치* | 년 월 일 | 년 월 일 |
| | | | □ 단순발치* □ 정교발치* □ 완전매복발치* | 년 월 일 | 년 월 일 |
| | | | □ 단순발치* □ 정교발치* □ 완전매복발치* | 년 월 일 | 년 월 일 |
| | | | □ 단순발치* □ 정교발치* □ 완전매복발치* | 년 월 일 | 년 월 일 |
| | | | □ 틀니 □ 브릿지 □ 임플란트 □ 임플란트(재식립) | 년 월 일 | 년 월 일 |
| | | | □ 틀니 □ 브릿지 □ 임플란트 □ 임플란트(재식립) | 년 월 일 | 년 월 일 |
| | | | □ 틀니 □ 브릿지 □ 임플란트 □ 임플란트(재식립) | 년 월 일 | 년 월 일 |
| | | | □ 틀니 □ 브릿지 □ 임플란트 □ 임플란트(재식립) | 년 월 일 | 년 월 일 |
| | | | □ 골이식술 □ 골유도재생술 □ 상악동거상술 | 년 월 일 | 년 월 일 |
| | | | □ 골이식술 □ 골유도재생술 □ 상악동거상술 | 년 월 일 | 년 월 일 |
| | | | □ 골이식술 □ 골유도재생술 □ 상악동거상술 | 년 월 일 | 년 월 일 |
| | | | □ 골이식술 □ 골유도재생술 □ 상악동거상술 | 년 월 일 | 년 월 일 |

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

## O 보존/근관치료

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

| 치아번호 | 한국질병 분류코드 | 치료내용 | 치료구분 ( □ 란에 V 표시) | 진단일 | 치료일(장착일) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 충전치료 | □ 아말감/글래스아이노머(GI) □ 레진필링 □ 금/도제(세라믹) □ 기타( ) | 년 월 일 | 년 월 일 |
| | | 충전치료 | □ 아말감/글래스아이노머(GI) □ 레진필링 □ 금/도제(세라믹) □ 기타( ) | 년 월 일 | 년 월 일 |
| | | 크라운 / 신경치료 | □ 크라운 □ 치아신경치료 □ 기타( ) | 년 월 일 | 년 월 일 |
| | | 크라운 / 신경치료 | □ 크라운 □ 치아신경치료 □ 기타( ) | 년 월 일 | 년 월 일 |

## O 이외 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 ( □ 란에 V 표시) | 진단일 | 치료일 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 스케일링 | | | | □ 적용 (※ 보험급여 또는 의료급여 적용 시에 보장됩니다) | 년 월 일 | 년 월 일 |
| 치주질환치료 / 턱관절장애 치료 | | | | □ 치주소파술[1/3악당]* □ 치주질환수술 □ 턱관절장해수술 □ 턱관절장해입원 | 년 월 일 | 년 월 일 |
| 치아촬영 | | | | □ X-ray(치근단/교익/교합)촬영* □ 파노라마 촬영* | 년 월 일 | 년 월 일 |
| | | | | □ X-ray(치근단/교익/교합)촬영* □ 파노라마 촬영* | 년 월 일 | 년 월 일 |
| 기타 | | | | □ 치면열구전색술(실란트)* □ 기타( ) | 년 월 일 | 년 월 일 |

상기 질환으로 인하여 치료 받았음을 확인합니다.

※ 해당 치과에서 시행한 내용만 기재해주십시오. 병(의)원의 (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 보험금지급심사처리를 위해 해당 서류 이외에 추가 서류를 요청 드릴 수 있습니다.

| 작성일 | 년 월 일 |
|---|---|

| 병원명 | (직인) |
|---|---|
| 전화번호 | |
| 의사면허번호 | |
| 의사성명 | (인) |