치과치료확인서 (치과 병/의원)

■ 기본사항

(용도 : 보험회사 제출용)

환자명		주민번호	– *******	전화번호	
발병원인	☐ 질병 ☐ 상해 ☐ 기타 ( )			초진일자	년 월 일

■ 초진 당시 결손부위 ※ 해당 치아숫자에 ○ 표시를 해주십시오

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

■ 치료내용 ※ 건강보험 급여치료 내용에 한하여 기재해 주십시오

구분	치료종류(☐란에 "V"표시)			질병분류 코드	치아번호	치료일(장착일)
스케일링	☐ 급여					년 월 일
	☐ 급여					년 월 일
주요치주 질환치료 (잇몸질환)	☐ 치주소파술	☐ 치근활택술	☐ 기타 ( )			년 월 일
	☐ 치주소파술	☐ 치근활택술	☐ 기타 ( )			년 월 일
	☐ 치주소파술	☐ 치근활택술	☐ 기타 ( )			년 월 일
방사선 촬영	☐ 구내방사선	☐ 파노라마				년 월 일
	☐ 구내방사선	☐ 파노라마				년 월 일
	☐ 구내방사선	☐ 파노라마				년 월 일

■ 충전/크라운 ※ 최종치료(장착일, 신경치료완료일)에 한하여 기재해 주십시오(임시치료 제외)

구분	치료종류(☐란에 "V"표시)			질병분류 코드	치아번호	치료일(장착일)
직접충전	☐ 아말감	☐ 레진	☐ 기타 ( )			년 월 일
	☐ 아말감	☐ 레진	☐ 기타 ( )			년 월 일
	☐ 아말감	☐ 레진	☐ 기타 ( )			년 월 일
	☐ 아말감	☐ 레진	☐ 기타 ( )			년 월 일
간접충전 (인레이/온레이)	☐ 금/도재	☐ 기타 ( )				년 월 일
	☐ 금/도재	☐ 기타 ( )				년 월 일
	☐ 금/도재	☐ 기타 ( )				년 월 일
	☐ 금/도재	☐ 기타 ( )				년 월 일
크라운/ 치수(신경)치료	☐ 크라운	☐ 치수치료 (시작일 :)				년 월 일
	☐ 크라운	☐ 치수치료 (시작일 :)				년 월 일
	☐ 크라운	☐ 치수치료 (시작일 :)				년 월 일
	☐ 크라운	☐ 치수치료 (시작일 :)				년 월 일

■ 발치/임플란트/브릿지/틀니

※ 브릿지/틀니는 결손부 치아(pontic)를 기재해 주십시오 ※ 발치치과와 보철치료 치과가 다른경우, 해당 치과에서 시행한 내용만 기재해 주십시오

치료종류(☐란에 "V"표시)				질병분류 코드	치아번호	발치일	치료일(식립일/장착일)
☐ 발치	☐ 임플란트	☐ 브릿지	☐ 틀니			년 월 일	년 월 일
☐ 발치	☐ 임플란트	☐ 브릿지	☐ 틀니			년 월 일	년 월 일
☐ 발치	☐ 임플란트	☐ 브릿지	☐ 틀니			년 월 일	년 월 일
☐ 발치	☐ 임플란트	☐ 브릿지	☐ 틀니			년 월 일	년 월 일

상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다.

※ 병(의)원 직인 및 의사(인)이 누락된 경우 본 치료확인서는 무효입니다.

병원명		의사서명	(인)	면허번호	
전화번호		작성일	년 월 일		

※ 치과치료확인서와 진료기록 사본은 필수 제출서류이며, 임플란트/브릿지/틀니 관련 청구시에는 해당 치료 전/후의 X-ray 또는 파노라마 사본을 추가로 요청 할 수 있습니다.

※ 보내실 곳 : (우 : 28510) 충청북도 청주시 상당구 상당로 126 수협은행 덕일빌딩 2층 동양생명 접수처

수호천사동양생명

치아보험 보험금 청구서류 안내

보내실 곳 : (우 : 28510) 충청북도 청주시 상당구 상당로 126 수협은행 덕일빌딩 2층 동양생명 접수처
공통서류 : ❶ 보험금 청구서 + 개인(신용)정보처리 동의서(당사양식) ❷ 신분증사본 및 수익자의 통장사본

◎ 보존치료 및 치수치료 보험금 청구시

1. 공통서류(상단에 기재)
2. 진단서나 치과치료확인서(아래 내용이 기재되어야 합니다.)
   · 내원일 (초진일)
   · 진단명, 한국표준질병분류번호(질병코드)
   · 치료한 영구치의 위치(치아번호)
   · 해당 영구치의 내원 당시의 치아상태 및 치료원인
   · 치료명 및 치료재료
   · 치과치료 진단일 및 치료시작일, 치료 종료일
3. 치과진료기록 사본(원본대조필)

※ 상기 서류만으로 보험금 지급여부 판단이 불가할 경우에는 추가로 치과치료 관련 증명서(소견서 등)를 요청드릴 수 있습니다.

◎ 보철치료(틀니, 브릿지, 임플란트) 및 영구치발치 보험금 청구시

1. 공통서류(상단에 기재)
2. 진단서나 치과치료확인서(아래 내용이 기재되어야 합니다.)
   · 내원일(초진일)
   · 진단명, 한국표준질병분류번호
   · 해당 영구치의 내원 당시의 치아상태
   · 발치한 영구치의 위치(치아번호)
   · 영구치 발치진단일 및 발치일자
   · 직접적인 영구치 발치원인
   · 치료 받은 보철치료의 종류 및 시술일자, 치료 종료일
3. 치과진료기록 사본(원본대조필)

※ 상기 서류만으로 보험금 지급여부 판단이 불가할 경우에는 추가로 치과치료 관련 증명서(소견서 등)를 요청드릴 수 있습니다.

◎ 치과 통원비 보험금 청구시

1. 공통서류(상단에 기재)
2. 일자별 진료비내역 영수증(의료급여, 비급여 항목 기재 필수)

◎ 특정치석제거(스케일링)치료 보험금 청구시

1. 공통서류(상단에 기재) 2. 치과치료확인서
3. 일자별 진료비내역 영수증(의료급여, 비급여 항목 기재 필수)

◎ 주요치주질환(잇몸질환)치료, 방사선촬영 보험금 청구시

1. 공통서류(상단에 기재)
2. 당사 치과치료확인서
3. 국민건강보험법의 요양급여 및 의료급여 항목이 확인되는 일자별 요양급여비용명세서 또는 일자별 진료비내역영수증
4. 진료비세부내역서

■ 치아보험 주요 안내사항

※ 치아보험 보장내용에 대한 주요 안내사항 입니다. 가입하신 상품별 보장 내용이 상이할 수 있으니 기타 자세한 사항은 해당 약관을 참조하시기 바랍니다.

◎ 치아 보존치료, 치수치료 주요 안내사항

1. 치아 보존치료, 치수치료보험금은 보장개시일 이후 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 직접적인 원인으로 최초로 영구치에 보존치료를 진단 받았을 때 보장합니다.
2. 보존치료 보험금은 각각 보장개시일 이후 영구치 치료 1개당 지급하며, 크라운은 연간 3개를 한도로 보장합니다. 다만, 가입 1년 이내에 치료시 해당 치료보험금의 50%를 지급합니다. (2015년 1월 이전 가입건은 가입 2년 이내 치료시 해당 치료보험금의 50%를 지급합니다.)
3. 보장개시일 이전에 해당치료를 진단확정받거나 치료한 경우, 치아교모증, 치경부마모증, 치열교정 준비, 다른 치과치료를 위해 임시 치과치료를 한 경우, 라미네이트 등 미용상의 치료 등 치아우식증(충치)이나 치주질환(잇몸질환) 이외의 원인으로 치료한 경우 보험금을 지급하지 않습니다.

◎ 치과통원,주요치주질환(잇몸질환),치석제거(스케일링),방사선촬영 주요 안내사항

1. 해당치료보험금은 보장개시일 이후 최초로 해당치료를 진단확정받고, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 의료기관 중 치과에서 국민건강보험법에 정한 요양급여 또는 의료급여법에 정한 의료급여 항목에 해당하는 치료를 받았을 때 보장합니다.
2. 특정치석제거(스케일링)치료 보험금은 연간 1회 한도로 보장합니다.
3. 건강보험 미적용시 보장대상이 아닙니다.

◎ 치아 보철치료(틀니, 브릿지, 임플란트 세가지 치료) 주요 안내사항

1. 보철치료보험금은 보장개시일 이후 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환), 재해를 원인으로 영구치를 발거하도록 진단확정 받은 경우 보장합니다. 다만, 가입 2년 이내에 영구치 발거 후 보철치료 시, 해당 보철치료보험금의 50%를 지급합니다.
2. 가철성의치(틀니) 치료보험금은 보철치료보장개시일 이후 연간 1회를 한도로 지급합니다.
3. 고정성가공의치(브릿지) 및 임플란트 치료보험금은 보철치료보장개시일 이후 영구치를 발거한 부위에 치료를 받았을 때 발거된 영구치 개수를 기준으로 연간 3개 한도로 지급합니다. 다만, 연간 한도를 초과하여 발거한 영구치에 대해서는 치료시기에 상관없이 해당 치료보험금을 지급하지 않습니다.
4. 보철치료에 대하여 수리, 복구 및 대체를 하더라도 해당 보철치료보험금을 지급하지 않습니다.
5. 보철치료보장개시일 전에 치아를 뽑거나, 치아우식증(충치)이나 치주질환(잇몸질환), 재해에 기인하지 않는 보철치료, 치열교정 준비를 위해 치아를 뽑은 경우 해당 보철치료 보험금을 지급하지 않습니다.
6. 임플란트, 고정성가공의치(브릿지), 가철성의치(틀니) 세가지의 보철치료만 보장합니다.

◎ 기타 유의사항

1. "연간"이라 함은 치료보장개시일 이후 계약일로부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.
2. 치아보험의 보장개시일 및 감액기간은 보험계약일 및 상품종류에 따라 보장내용이 상이하므로 개별약관을 참조하시기 바랍니다.
3. 치아 보철치료와 보존치료를 보장하는 보험의 경우 보장하는 치과치료 중 동일한 영구치에 대하여 두 가지 이상의 치과치료를 포함하는 복합형태의 치료를 받은 경우 해당 치료보험금 중 가장 높은 한가지의 해당 치료보험금을 지급합니다.
4. 치아보험의 보철치료 보장대상은 영구치에 한하며, 보존치료, 치수치료, 치석제거(스케일링)의 보장대상은 유치/영구치에 한합니다.

※ 회사는 상기 서류 이외에 추가로 서류를 요청할 수 있으며, 구비서류는 원본(또는 원본 대조필)을 제출하여야합니다.
※ 입금계좌를 수익자가 아닌 타인계좌로 위임할 경우 보험금수령 위임장(당사양식, 인감날인) 및 원 수익자의 인감증명서(보험금청구 및 수령위임용)를 첨부하셔야 합니다.
※ 수익자가 미성년자인 경우에는 친권자 또는 후견인이 청구 및 수령하셔야 하며, 친권관계 확인을 위한 미성년자(수익자)기준의 가족관계증명서(일반)와 친권자서명의 변상의무확인서(당사양식) 또는 대표수익자지정동의서(당사양식, 동의자 인감날인 및 인감증명서 포함)를 첨부하셔야 합니다. (친권자 또는 후견인이 지정된 경우 미성년자의 기본증명서(특정) 첨부)

수호천사동양생명