치과치료확인서 (치과 병/의원)

보험회사 제출용

성명		주민번호		발병원인	☐ 질병 ☐ 재해	초진일자	년 월 일

◆ 초진(내원)시 치아상태

※ 해당 치아번호 치아상태에 ① ~ ⑥에 해당하는 번호표시를 해주십시오.

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

※ 초진(내원)시 ①이미 발거된 치아 ②보존치료(충전치료) 된 치아 ③보철치료 된 치아 ④신경치료 된 치아 ⑤치아파절 된 치아 ⑥기타

◆ 치료내용

※ 해당 치과에서 시행한 내용만 기재 바랍니다.

구분		치료종류 (☐ 란에 "V" 표시)			질병분류코드	치아번호	치료일(장착일)
치아촬영	구내방사선	☐ 급여	* 건강보험 적용시 해당				년 월 일
	파노라마	☐ 급여	* 건강보험 적용시 해당				년 월 일
치석제거 (스케일링)		☐ 급여	* 건강보험 적용시 해당				년 월 일
		☐ 급여	* 건강보험 적용시 해당				년 월 일
치주질환치료 (잇몸질환)		☐ 급여 [치료항목명 :]	* 건강보험 적용시 해당				년 월 일
		☐ 급여 [치료항목명 :]	* 건강보험 적용시 해당				년 월 일
		☐ 급여 [치료항목명 :]	* 건강보험 적용시 해당				년 월 일
직접충전		☐ 아말감	☐ 글래스아이노머	☐ 레진			년 월 일
		☐ 아말감	☐ 글래스아이노머	☐ 레진			년 월 일
		☐ 아말감	☐ 글래스아이노머	☐ 레진			년 월 일
간접충전 (인레이/온레이)		☐ 금/도재(세라믹)	☐ 기타소재 [ ]				년 월 일
		☐ 금/도재(세라믹)	☐ 기타소재 [ ]				년 월 일
		☐ 금/도재(세라믹)	☐ 기타소재 [ ]				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

※ 치아촬영, 스케일링, 주요치주질환치료보험금 청구시 급여 수가코드 확인이 필요하므로 신료비세부내역서를 첨부해주시기 바랍니다.

◆ 발치/임플란트/브릿지/틀니/임플란트치조골이식

※ 해당 치과에서 시행한 내용만 기재 바랍니다.

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

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

상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다.	병원명		(직인)	전화번호	
	의사성명	(인)	의사면허번호	작성일	년 월 일

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