우체국보험

치아보험 청구 서류 안내

□ 보험금 지급 사유 발생 시 해당 구비서류가 준비되시면 신속한 보험금 지급을 위해 우체국 방문, 모바일(앱 설치 필요), 인터넷, FAX 등을 이용하여 청구하여 주시기 바랍니다.

구 분	구비서류
1. 공통서류	① 보험금 청구서 ② 실명확인증표(주민등록증, 운전면허증, 여권, 외국인 등록증 등) ③ 수익자 예금계좌 번호(계좌수령의 경우) ④ 대리청구 시 : 위임장, 위임하는 분의 인감증명서(또는 본인서명사실확인서), 개인(신용)정보 처리동의서 ⑤ 재해사고 시 : 재해사고 증명서류 추가
2. 보철치료 청구 - 틀니(Denture) - 브릿지(Bridge) - 임플란트(Implant)	**① 치과 진료확인서(우체국 양식)** ▪ **치과 진료확인서 제출이 불가한 경우 다음 내용을 포함한 의료기관 증명서(진단서 등)로 청구 가능** (1) 초진일, 초진 당시 결손부위(치아번호) (2) 진단명, 한국표준질병분류번호 (3) 발거한 영구치의 위치(치아번호), 내원 당시의 치아상태 (4) 영구치 발거 진단확정일과 발거일 (5) 발거 부위에 시행한 보철치료의 종류 및 장착(식립)일 **② 치과 진료기록 사본**(발치한 치과와 보철치료한 치과가 다른 경우, 각각 치과의 치과 진료확인서와 진료기록 사본을 제출) **③ 영구치 발거 전·후의 X-ray(파노라마 등) 사진**(구강 내 사진 또는 이에 준하는 판독자료) **④ 상기 서류 외에 기타 보험금 지급심사에 필요하다고 인정되는 서류의 제출을 요구할 수 있음**
3. 충전치료, 크라운 치료 청구	**① 치과 진료확인서(우체국 양식)** ▪ **치과 진료확인서 제출이 불가능한 경우 다음 내용을 포함한 의료기관 증명서(진단서 등)로 청구 가능** (1) 초진일, 초진 당시 결손부위(치아번호) (2) 진단명, 한국표준질병분류번호 (3) 치료한 치아의 위치(치아번호) 및 내원 당시의 치아상태 (4) 치료받은 치아의 치료의 종류(재료 포함) (5) 치과치료 진단 확정일 및 치료시작일, 종료(예정)일 **② 상기 서류 외에 기타 보험금 지급심사에 필요하다고 인정되는 서류의 제출을 요구할 수 있음**
4. 기타치과치료 청구 - 영구치 발거 - 치수(신경)치료 - 치석제거 - 구내방사선촬영 - 파노라마촬영	**① 치과 진료확인서(우체국 양식)** ▪ **치과 진료확인서 제출이 불가능한 경우 다음 내용을 포함한 의료기관 증명서(진단서 등)로 청구 가능** <공통> (1) 초진일, 초진 당시 결손부위(치아번호) (2) 진단명, 한국표준질병분류번호 (3) 치료한 치아의 위치(치아번호) 및 내원 당시의 치아상태 <추가> (1) 영구치 발거치료 : 발거한 영구치의 치아번호, 발거진단일 및 발거일 (2) 치수(신경)치료 : 치료받은 치아 번호, 치료일 (3) 치석 제거 치료 : 치석제거(스케일링) 치료일, 보험급여 적용 여부 (4) 구내방사선, 파노라마 촬영 : 촬영일, 보험급여 적용 여부 **② 상기 서류 외에 기타 보험금 지급심사에 필요하다고 인정되는 서류의 제출을 요구할 수 있음**

치과 진료확인서

〔우체국보험 제출용〕

1. 인적사항

Chart NO. _____

환자성명		주민등록번호		초진일자	

2. 초진 당시 결손부위(해당 치아번호에 ○ 표시)

상악우측								상악좌측							
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
하악우측								하악좌측							

3. 발거 · 임플란트 · 브릿지 · 틀니 치료내용

※ 브릿지는 pontic(브릿지가 장착된 결손부 치아)을 기재해 주십시오.

치료종류(V표시)	질병분류번호	치아번호	발거진단일	발거일	장착(식립)일
□발거 □임플란트 □브릿지 □틀니					
□발거 □임플란트 □브릿지 □틀니					
□발거 □임플란트 □브릿지 □틀니					
□발거 □임플란트 □브릿지 □틀니					
□발거 □임플란트 □브릿지 □틀니					

4. 충전 · 크라운 · 치수 치료내용

치료내용	치료종류(V표시)	질병분류번호	치아번호	치료진단일	장착(치료)일
직접충전	□아말감·글래스 아이노머 □레진 □기타( )				
간접충전 (인/온레이)	□금·도재 □기타( )				
크라운치료	□크라운치료				
치수치료	□신경치료				

5. 기타 치료내용 ※ 건강보험 급여 적용된 치료에 한하여 기재해 주십시오.

치료내용	치료종류(V표시)	질병분류번호	건강보험 적용여부(V표시)	치료(촬영)일
치석치료	□스케일링		□급여 □비급여	
방사선촬영	□구내방사선 □파노라마촬영		□급여 □비급여	

상기 질환으로 인하여 치료받았음을 확인합니다.

병.의원명	(직인)	의사성명	(인)
전화번호		면허번호	
요양기관기호		발행일자	

※ 우체국보험 고객센터 : 1599-0100 / www.epostlife.go.kr (2020. 12월 개정)