치과치료확인서 (치과 병/의원)

보험회사 제출용

작성예시

성명	김 O O	주민번호	750503-1******	발병원인	☑ 질병 ☐ 재해	초진일자	2018년 3월 5일

◆ 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		③						⑤								
치아번호	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
치아상태				④								①	②			

※ 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		K03.6	전악	2018년 4월 20일
	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	K02	16	2018년 4월 20일
		☐ 아말감	☐ 글래스아이노머	☑ 레진	K02	12	2018년 4월 20일
		☐ 아말감	☐ 글래스아이노머	☐ 레진			년 월 일
간접충전 (인레이/온레이)		☑ 금/도재(세라믹)	☐ 기타소재 [ ]		K02	15	2018년 4월 20일
		☐ 금/도재(세라믹)	☐ 기타소재 [ ]				년 월 일
		☐ 금/도재(세라믹)	☐ 기타소재 [ ]				년 월 일
크라운/ 치수(신경)치료		☑ 크라운	☑ 치수치료 [시작일: 2018.3.5]		K02	27	2018년 4월 13일
		☐ 크라운	☑ 치수치료 [시작일: 2018.3.5]		K02	28	2018년 4월 13일
		☐ 크라운	☐ 치수치료 [시작일:]				년 월 일

※ 치아촬영, 스케일링, 주요치주질환치료보험금 청구시 급여 수가코드 확인이 필요하므로 진료비세부내역서를 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				
V	V				K05	35	2018년 3월 5일	2018년 4월 6일
		V			K02	26	2018년 3월 5일	2018년 4월 2일
							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	흥국치과병원 (직인)		전화번호	02 - 1234 - 1234
	의사성명	이치과 (인)	의사면허번호	123XXX	작성일	2018 년 4 월 30일

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