치과 치료확인서 [치과병원/의원 작성용]

CB01

▶ 아래에 해당하는 내용과 □란에 '√' 체크바라며, 기타에는 기타 사유 및 치료명을 기재 바랍니다.

용도 : 하나생명보험 제출용

▣ 피보험자(보험대상자) 인적사항

성 명		주민등록번호	
발병원인	□ 질병 □ 재해 □ 기타( )	초진일자(최초 진단일자)	

▣ 초진 당시 결손부위 및 치아상태

치아상태																
결손치아	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
치아상태																

※ 결손부위 치아 숫자에 "○" 표시 및 치아상태(충치, 잇몸질환, 결손, 파절, 기존 치료상태 등)를 기재해 주십시오.

▣ 충전 치료 내용

치료종류	질병분류코드	치아번호	치료일자(장착일자)
□ 금 □ 세라믹 □ 아말감 □ 기타 ( )			
□ 금 □ 세라믹 □ 아말감 □ 기타 ( )			
□ 금 □ 세라믹 □ 아말감 □ 기타 ( )			
□ 금 □ 세라믹 □ 아말감 □ 기타 ( )			
□ 금 □ 세라믹 □ 아말감 □ 기타 ( )			
□ 금 □ 세라믹 □ 아말감 □ 기타 ( )			
□ 금 □ 세라믹 □ 아말감 □ 기타 ( )			

▣ 크라운 치료 내용

치료종류	질병분류코드	치아번호	치료일자(장착일자)
□ 크라운치료			
□ 크라운치료			
□ 크라운치료			

▣ 치수 치료(신경 치료) 내용

치료종류	질병분류코드	치아번호	치료일자(장착일자)
□ 치수 치료(신경 치료)			
□ 치수 치료(신경 치료)			
□ 치수 치료(신경 치료)			

치과 치료확인서 [치과병원/의원 작성용]

CB02

▶ 아래에 해당하는 내용과 □란에 '√' 체크바라며, 기타에는 기타 사유 및 치료명을 기재 바랍니다.

용도 : 하나생명보험 제출용

▣ 치석 제거(스케일링) 치료 내용

치료종류		질병분류코드	치아번호	치료일자(장착일자)
□ 보험 급여	보험급여 또는 의료급여(연간 1회) 적용시만 가능			
□ 보험 급여	보험급여 또는 의료급여(연간 1회) 적용시만 가능			
□ 보험 급여	보험급여 또는 의료급여(연간 1회) 적용시만 가능			

▣ 주요 치주질환(잇몸질환) 치료 내용

치료종류				질병분류코드	치아번호	치료일자(장착일자)
□ 치주소파술	□ 치조골이식술	□ 기타	□ 보험급여			
□ 치주소파술	□ 치조골이식술	□ 기타	□ 보험급여			
□ 치주소파술	□ 치조골이식술	□ 기타	□ 보험급여			

▣ 영구치 발거 및 보철(임플란트, 브릿지, 틀니) 치료 내용

치료종류			질병분류코드	치아번호	치료일자(장착일자)
□ 영구치 발거	영구치는 발거일자를 작성해 주십시오.				
□ 영구치 발거	영구치는 발거일자를 작성해 주십시오.				
□ 영구치 발거	영구치는 발거일자를 작성해 주십시오.				
□ 임플란트	□ 브릿지	□ 틀니			
□ 임플란트	□ 브릿지	□ 틀니			
□ 임플란트	□ 브릿지	□ 틀니			

※ '영구치 발거' 치과와 '보철치료' 치과가 다른 경우, 해당 치과에서 치료 받은 내용만 기재해 주십시오.
※ 보철치료는 '영구치'만 해당되며, 제3대구치(사랑니), 과잉치 및 선천적 기형치아(왜소치 등 모양 이상치아)는 제외됩니다.
※ '브릿지'는 브릿지가 장착된 결손부 치아를 기재 바랍니다.

상기 내용으로 치료하였음을 확인합니다.

병(의)원명	(직인)	의사명	(인)	면허번호	
요양기관번호		전화번호		작성일자	년 월 일

※ 병(의)원의 (직인) 및 담당의사의 (인)이 누락된 경우 치료확인서는 무효입니다. 작성하신 '치료확인서'와 '진료기록사본(의무기록사본)'을 함께 접수 바랍니다.