



# 치아보험 보험금 청구서류 안내

보내실 곳: (우편번호 03156) 서울특별시 종로구 삼봉로 48, 18층 라이나생명 보험금심사 담당자 앞(고객센터 ☎ 1588-0058)

■ **공통서류**: 1. 보험금청구 및 개인(신용)정보 처리 동의서(당사양식) 2. 수익자 신분증(주민등록증(앞면), 운전면허증, 여권 등) 사본

치아 보철치료(틀니, 브릿지, 임플란트)보험금 청구 시	치아 충전, 크라운치료 보험금 청구 시
1 공통서류 2 당사 치과치료확인서 또는 의료기관 증명서(진단서 등) ■ 필수기재사항 · 내원일(초진일) · 진단명, 한국표준질병분류번호 · 영구치 치식(치아번호) 발거진단일 및 발거일 · 발거 부위에 시행한 보철치료의 종류 및 치료일일 3 치과진료기록 사본(원본대조필) 4 영구치 발거 전후의 X-RAY 또는 파노라마 사진 또는 이에 준하는 판독자료 ※상기 서류 이외에 보험금 심사에 필요할 경우 추가로 판독자료를 요청드릴 수 있습니다.	1 공통서류 2 당사 치과치료확인서(치과 병의원 담당자가 작성) ■ 필수기재사항 · 내원일(초진일) · 진단명, 한국표준질병분류번호 · 치료한 치아번호 · 치료 받은 치아의 치료의 종류(치료한 재료 포함) · 치과치료 진단일 및 치료시작일, 치료(예정)종료일
발치, 치수(신경), 치석제거(스케일링) 치료 보험금 청구 시	치과통원 보험금 청구 시
1 공통서류 2 당사 치과치료확인서(치과 병의원 담당자가 작성) ■ 필수기재사항 · 내원일(초진일) · 진단명, 한국표준질병분류번호 · 발거한 영구치의 치아번호 · 영구치 발거진단일 및 발거일자 · 치수(신경)치료 치아번호 · 치수(신경)치료일자 · 보험급여 적용된 치석제거(스케일링) 치료일자	1 공통서류 2 국민건강보험법의 요양급여 및 의료급여 항목이 확인되는 통원일자 별 진료비 납입 영수증 (카드결제영수증은 접수 및 심사 불가)
	주요치주질환(잇몸질환) 치료, 방사선촬영 보험금 청구 시
	1 공통서류 2 당사 치과치료확인서(치과 병의원 담당자가 작성) 3 국민건강보험법의 요양급여 및 의료급여 항목이 확인되는 요양급여비용명세서 또는 진료비납입영수증

- 회사는 상기 서류 이외에 추가로 서류를 요청할 수 있으며, 구비서류는 원본 또는 원본대조품을 제출하여야 합니다.
- 입금계좌를 수익자 아닌 타인계좌로 위임할 경우 보험금 수령 위임장(당사양식, 인감날인) 및 원 수익자의 인감증명서(보험금청구 및 수령 위임용)를 첨부하여야 합니다.
- 수익자가 미성년자인 경우에는 친권자 또는 후견인이 청구 및 수령하여야 하며, 친권 확인을 위한 미성년자(수익자)기준의 **기본증명서, 가족관계증명서와 친권자 서명의 변제이무확인서(당사양식) 또는 대표수익자지정동의서(당사양식, 동의자 인감날인 및 인감증명서 포함)를 첨부하여야 합니다.**
- 구비서류중 인감증명서는 본인서명사실확인서로 제출 가능하며, 본인서명사실확인서를 첨부하신 경우 본인서명으로 인감날인을 대신합니다.(단, 본인서명은 본인서명사실확인서에 등록된 서명과 동일해야 함)

## 치아보험 주요 안내사항

치아보험 보장 내용에 대한 주요 안내사항입니다. 가입하신 상품별 보장 내용이 상이할 수 있으니 기타 자세한 사항은 해당 약관을 참조하시기 바랍니다.

### ■ 치아 보철치료 (틀니, 브릿지, 임플란트) 주요 안내사항

1. 보철치료 보장은 보철치료 보장개시일부터 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 영구치를 발거한 경우 가능하며, 보험계 약일로부터 2년 이내 보철치료 시, 치료보험금의 50%를 지급합니다.
2. 가철성인지(Denture, 틀니) 치료보험금은 보철치료보장개시일 이후 **연간 1회** 한도로 지급합니다.
3. 고정성공의치(Bridge, 브릿지) 및 임플란트(Implant)의 치료보험금은 보철치료보장개시일 이후 영구치를 발거한 부위에 치료를 받았을 때 영구치 발거 1개당 **연간 3개 한도**로 지급합니다. 다만, 연간 한도 초과 시 치료시기에 상관없이 해당 치료보험금을 지급하지 않습니다.
4. 보철치료에 대하여 수리, 복구 및 대체치료의 경우 해당 보철치료보험금을 지급하지 않습니다.

### ■ 치아 충전, 크라운 치료 주요 안내사항

1. 충전치료보장은 보장개시일 이후 치아우식증(충치)을 직접적인 원인으로 최초로 영구치에 충전치료를 받았을 때 연간 한도에 따라 보장하여 드립니다.
2. 크라운치료보장은 보장개시일 이후 치아우식증(충치), 치주질환을 직접적인 원인으로 최초로 영구치에 크라운치료를 받았을 때 연간 한도에 따라 보장하여 드립니다.

### ■ 치과통원, 주요치주질환(잇몸질환), 치석제거(스케일링) 방사선촬영 보험금

1. 의료기관 중 치과에 국민건강보험법의 요양급여 및 의료급여 항목에 해당하는 치료를 직접적인 목적으로 치료 또는 통원 시 보장해드립니다.
2. 치석제거(스케일링)치료는 건강보험 적용 시 **연간 1회 한도**로 보장합니다.
3. 건강보험 미적용시 보장대상이 아닙니다.

※ '연간'이라 함은 치료보장개시일 이후 계약일로부터 매 1년 단위로 도래하는 계약응당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

※ 치아보험의 보장내용은 보험계약일 및 상품종류에 따라 보장 내용이 상이할 수 있습니다.



치과 치료확인서 작성요령  
(치과 병/의원 작성용)



# 치과치료확인서 (치과 병/의원)

환자명		주민번호		초진일	년	월	일
-----	--	------	--	-----	---	---	---

■ **초진 당시 결손 부위** ※ 해당 치아 숫자에 ○ 표시를 해 주십시오 (용도: 보험회사 제출용)

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

■ **기타치료** ※ 건강보험 급여치료 내용에 한하여 기재하여 주시기 바랍니다.

치료내용	질병분류 코드	치아번호	치료 종류 (□ 란에 'v' 표시)	치료일
스케일링				년 월 일
주요치주 질환치료 (잇몸질환)			<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치근활택술 <input type="checkbox"/> 기타( )	년 월 일
			<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치근활택술 <input type="checkbox"/> 기타( )	년 월 일
방사선 촬영			<input type="checkbox"/> 구내방사선 <input type="checkbox"/> 파노라마방사선	년 월 일
			<input type="checkbox"/> 구내방사선 <input type="checkbox"/> 파노라마방사선	년 월 일
			<input type="checkbox"/> 구내방사선 <input type="checkbox"/> 파노라마방사선	년 월 일

■ **충전/크라운** ※ 최종치료(장착일, 신경치료완료일) 내용에 한해 기재하여 주시기 바랍니다.(임시치료 제외)

치료내용	질병분류 코드 (□ 란에 'v' 표시)	치아번호	치료 종류 (□ 란에 'v' 표시)	치료일(장착일)
직접충전	<input type="checkbox"/> K02 <input type="checkbox"/> 기타( )		<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타( )	년 월 일
	<input type="checkbox"/> K02 <input type="checkbox"/> 기타( )		<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타( )	년 월 일
	<input type="checkbox"/> K02 <input type="checkbox"/> 기타( )		<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타( )	년 월 일
	<input type="checkbox"/> K02 <input type="checkbox"/> 기타( )		<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타( )	년 월 일
간접충전 (인레이)	<input type="checkbox"/> K02 <input type="checkbox"/> 기타( )		<input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 기타( )	년 월 일
	<input type="checkbox"/> K02 <input type="checkbox"/> 기타( )		<input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 기타( )	년 월 일
	<input type="checkbox"/> K02 <input type="checkbox"/> 기타( )		<input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 기타( )	년 월 일
	<input type="checkbox"/> K02 <input type="checkbox"/> 기타( )		<input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 기타( )	년 월 일
크라운/ 치수(신경) 치료	<input type="checkbox"/> K02 <input type="checkbox"/> K04 <input type="checkbox"/> K05 <input type="checkbox"/> 기타( )		<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수(신경치료)	년 월 일
	<input type="checkbox"/> K02 <input type="checkbox"/> K04 <input type="checkbox"/> K05 <input type="checkbox"/> 기타( )		<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수(신경치료)	년 월 일
	<input type="checkbox"/> K02 <input type="checkbox"/> K04 <input type="checkbox"/> K05 <input type="checkbox"/> 기타( )		<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수(신경치료)	년 월 일
	<input type="checkbox"/> K02 <input type="checkbox"/> K04 <input type="checkbox"/> K05 <input type="checkbox"/> 기타( )		<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수(신경치료)	년 월 일

■ **발치/임플란트/브릿지/틀니** ※ 질병코드 K02, K04, K05(S02 재해가입자 한해) 이외는 보장하지 않습니다.(의무기록 첨부필수)

치료 종류 (□ 란에 'v' 표시)	질병분류 코드	치아번호	발치일	치료일 (식립일/장착일)
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일

상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다. ※ 병의원 (직인) 및 의사(인)가 누락된 경우 본 치료확인서는 무효입니다.

병원명	(직인)	의사성명	(인)	면허번호	
전화번호	( ) -	작성일			년 월 일

※ 보장내용은 가입하신 상품에 따라 상이 할 수 있으며, 정확한 심사처리를 위해 해당 서류 이외에 추가 서류를 요청 드릴 수 있습니다.



치과 치료확인서 작성요령  
(치과 병/의원 작성용)



## 치과치료확인서 (치과 병/의원) 작성요령

환자명	라이나	주민번호	990101-1234XXX	초진일	2019년 5월 1일
-----	-----	------	----------------	-----	-------------

■ 초진 당시 결손 부위 ※ 해당 치아 숫자에 ○ 표시를 해 주십시오 (용도: 보험회사 제출용)

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

■ 기타치료 ※ 건강보험 급여치료 내용에 한하여 기재하여 주시기 바랍니다.

치료내용	질병분류 코드	치아번호	치료 종류 (□란에 'v' 표시)	치료일
스케일링	K05	— <del>⊕</del> — (전악)	스케일링	2019년 5월 1일
주요치주 질환치료 (잇몸질환)	K05	33-43	<input checked="" type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치근활택술 <input type="checkbox"/> 기타( )	2019년 5월 1일
	K05	14-17	<input checked="" type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치근활택술 <input type="checkbox"/> 기타( )	2019년 5월 1일
방사선 촬영	K05	11,12	<input checked="" type="checkbox"/> 구내방사선 <input type="checkbox"/> 파노라마방사선	2019년 5월 1일
	K05	전악	<input type="checkbox"/> 구내방사선 <input checked="" type="checkbox"/> 파노라마방사선	2019년 5월 1일
			<input type="checkbox"/> 구내방사선 <input type="checkbox"/> 파노라마방사선	년 월 일

■ 충전/크라운 ※ 최종치료(장착일, 신경치료완료일) 내용에 한해 기재하여 주시기 바랍니다.(임시치료 제외)

치료내용	질병분류 코드 (□란에 'v' 표시)	치아번호	치료 종류 (□란에 'v' 표시)	치료일(장착일)
직접충전	<input checked="" type="checkbox"/> K02 <input type="checkbox"/> 기타( )	21	<input checked="" type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타( )	2019년 5월 1일
	<input checked="" type="checkbox"/> K02 <input type="checkbox"/> 기타( )	22	<input type="checkbox"/> 아말감 <input checked="" type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타( )	2019년 5월 1일
	<input checked="" type="checkbox"/> K02 <input type="checkbox"/> 기타( )	23	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input checked="" type="checkbox"/> 기타( )	2019년 5월 1일
	<input type="checkbox"/> K02 <input type="checkbox"/> 기타( )		<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타( )	년 월 일
간접충전 (인레이)	<input checked="" type="checkbox"/> K02 <input type="checkbox"/> 기타( )	24	<input checked="" type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 기타( )	2019년 5월 1일
	<input checked="" type="checkbox"/> K02 <input type="checkbox"/> 기타( )	25	<input type="checkbox"/> 금/도재 <input checked="" type="checkbox"/> 기타( )	2019년 5월 1일
	<input type="checkbox"/> K02 <input checked="" type="checkbox"/> 기타( )	26	<input checked="" type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 기타( )	2019년 5월 1일
	<input type="checkbox"/> K02 <input type="checkbox"/> 기타( )		<input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 기타( )	년 월 일
크라운/치수(신경) 치료	<input type="checkbox"/> K02 <input checked="" type="checkbox"/> K04 <input type="checkbox"/> K05 <input type="checkbox"/> 기타( )	35	<input checked="" type="checkbox"/> 크라운 <input checked="" type="checkbox"/> 치수(신경치료)	2019년 5월 1일
	<input checked="" type="checkbox"/> K02 <input type="checkbox"/> K04 <input type="checkbox"/> K05 <input type="checkbox"/> 기타( )	36	<input checked="" type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수(신경치료)	2019년 5월 1일
	<input type="checkbox"/> K02 <input type="checkbox"/> K04 <input checked="" type="checkbox"/> K05 <input type="checkbox"/> 기타( )	37	<input checked="" type="checkbox"/> 크라운 <input checked="" type="checkbox"/> 치수(신경치료)	2019년 5월 1일
	<input type="checkbox"/> K02 <input type="checkbox"/> K04 <input type="checkbox"/> K05 <input type="checkbox"/> 기타( )		<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수(신경치료)	년 월 일

■ 발치/임플란트/브릿지/틀니 ※ 질병코드 K02, K04, K05(S02 재해가입자 한해) 이외는 보장하지 않습니다.(의무기록 첨부필수)

치료 종류 (□란에 'v' 표시)	질병분류 코드	치아번호	발치일	치료일 (식립일/장착일)
<input checked="" type="checkbox"/> 발치 <input checked="" type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니	K05	11	2019년 4월 1일	2019년 5월 1일
<input checked="" type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input checked="" type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니	K05	12	2019년 4월 1일	2019년 5월 1일
<input checked="" type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input checked="" type="checkbox"/> 틀니	K05	45,46	2019년 4월 1일	2019년 5월 1일
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일

상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다. ※ 병(의)원 (직인) 및 의사(안)이 누락된 경우 본 치료확인서는 무효입니다.

병원명	시그나 치과 병원 (직인)	의사성명	유명해 (안)	면허번호	1234XXX
전화번호	( 02 ) 1234 - 5678	작성일	2019년 5월 4일		

※ 보장내용은 가입하신 상품에 따라 상이 할 수 있으며, 정확한 심사처리를 위해 해당 서류 이외에 추가서류를 요청 드릴 수 있습니다.