



치과치료확인서(치과 병/의원 기재용) [용도 : 보험회사 제출용]

보험금 청구 주소 : (우) 57987 전남 순천시 순천우체국사서함 28 TEL : 1544-2792 Fax : 02-2011-4607 홈페이지 : http://www.aig.co.kr

환자분의 치료내용 중 해당하는 치료에 대하여 '표시'란에 체크해 주시고, 치료 치아 번호로 표기 해 주세요.

환자명	주민등록번호	내원사유	질병 <input type="checkbox"/> 상해 <input type="checkbox"/>
-----	--------	------	---

■ 초진당시 결손부위 (해당 치아에 ○표시) [초진일 : 년 월 일]

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

■ 충전치료 ※ 치료소견일이라 함은 해당 치아에 해당 치료가 필요한 것으로 소견한 날을 말합니다.

치아구분	치아 번호	한국질병 분류코드	치료구분 (<input type="checkbox"/> 란에 √ 표시)	치료소견일(진단일)	치료일(장착일)
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 인(온)레이 <input type="checkbox"/> 복합레진 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머(GI) <input type="checkbox"/> 아말감	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 인(온)레이 <input type="checkbox"/> 복합레진 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머(GI) <input type="checkbox"/> 아말감	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 인(온)레이 <input type="checkbox"/> 복합레진 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머(GI) <input type="checkbox"/> 아말감	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 인(온)레이 <input type="checkbox"/> 복합레진 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머(GI) <input type="checkbox"/> 아말감	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 인(온)레이 <input type="checkbox"/> 복합레진 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머(GI) <input type="checkbox"/> 아말감	년 월 일	년 월 일

■ 발치/임플란트/브릿지/틀니

치아구분	치아 번호	한국질병 분류코드	치료구분 (<input type="checkbox"/> 란에 √ 표시)	발치소견일 (발치진단일)	발거(치)일	치료일(장착일)
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 발치(□매복) <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니	년 월 일	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 발치(□매복) <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니	년 월 일	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 발치(□매복) <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니	년 월 일	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 발치(□매복) <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니	년 월 일	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 발치(□매복) <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니	년 월 일	년 월 일	년 월 일

※ 발치는 영구치상실치료특별약관의 보장사항. 브릿지/틀니는 결손부치아(pobtic)를 기재(발치와 보철치료를 다른병원에서 시행한 경우, 해당병원 치료만 기재)

■ 이외 ※ 치료소견일이라 함은 해당 치아에 해당 치료가 필요한 것으로 소견한 날을 말합니다.

치아구분	치아 번호	한국질병 분류코드	치료구분 (<input type="checkbox"/> 란에 √ 표시)	치료소견일(진단일)	치료일
치조골이식술			<input type="checkbox"/> 골이식술 <input type="checkbox"/> 골유도재생술 <input type="checkbox"/> 상악동거상술 <input type="checkbox"/> 골분할술 <input type="checkbox"/> 골신장술 <input type="checkbox"/> 기타()	년 월 일	년 월 일
			<input type="checkbox"/> 골이식술 <input type="checkbox"/> 골유도재생술 <input type="checkbox"/> 상악동거상술 <input type="checkbox"/> 골분할술 <input type="checkbox"/> 골신장술 <input type="checkbox"/> 기타()	년 월 일	년 월 일
크라운/치수 (신경)치료			<input type="checkbox"/> 크라운(□영구치 □유치) <input type="checkbox"/> 치수(신경)치료(□영구치 □유치)	년 월 일	년 월 일
			<input type="checkbox"/> 크라운(□영구치 □유치) <input type="checkbox"/> 치수(신경)치료(□영구치 □유치)	년 월 일	년 월 일
			<input type="checkbox"/> 크라운(□영구치 □유치) <input type="checkbox"/> 치수(신경)치료(□영구치 □유치)	년 월 일	년 월 일
기타				년 월 일	년 월 일

상기 질환으로 인하여 치료 받았음을 확인합니다.

※ 정확한 심사처리를 위해 해당 서류 이외에 추가 서류를 요청 드릴 수 있습니다.

※ 해당 치과에서 시행한 내용만 기재해주시고, 병(의)원의 (직인) 및 의사(인)이 누락된 경우 본 치료확인서는 무효입니다.

작성일	년 월 일	병원명	(직인)
		전화번호	
		의사면허번호	
		의사성명	(인)



치아보험 보험금 청구서류 안내

보장내역		청구서류	발급처
공통	기본	① 보험금신청서 (계좌번호 포함) ② 개인(신용)정보처리동의서 ③ 청구인 신분증 사본(지문정보가 포함된 주민등록증 뒷면은 수집하지 않습니다)	보험회사 보험회사 관공서
	추가	① 통장사본(사전등록계좌 등 본인계좌 확인 가능시 불필요) ② 가족관계 확인 필요시* : 가족관계 확인 서류 (예시 : 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등) 배우자, 자녀 등의 보장상품, 수익자가 미성년자인 경우 등 ③ 대리인 청구시 : 위임장, 보험금 청구권자의 인감증명서(또는 본인서명사실확인서), 보험금 청구권자의 개인(신용)정보처리동의서 ④ 상해일 경우 입증서류	은행, 증권사 관공서
보장 구분별	충전치료, 크라운치료	① 당사 치과치료확인서 ※ 치과치료확인서는 치과 병/의원 담당자가 작성 ◆필수 기재사항 · 내원일(초진일) · 진단명, 한국표준질병분류번호 · 치료한 치아번호 · 치료받은 치아의 치료의 종류(치료한 재료 포함) · 치과치료 치료소견일(진단일) 및 치료시작일, 치료(예정)종료일 ※ 상기의 치료소견일(진단일)은 '충전 또는 크라운치료가 필요하다는 소견이 확인되는 날짜'를 의미합니다.	의료기관
	보철치료 (임플란트, 브릿지, 틀니)	① 당사 치과치료확인서 또는 의료기관 증명서(진단서 등) ※ 치과치료확인서는 치과 병/의원 담당자가 작성 ◆필수 기재사항 · 내원일(초진일) · 진단명, 한국표준질병분류번호 · 영구치 치식(치아번호), 발거진단일(발거필요소견일) 및 발거일 · 발거 부위에 시행한 보철치료의 종류 및 치료일 · 상해일 경우 사고일자, 사고내용 ※ 상기의 발거진단일은 '발거(발치)가 필요하다는 소견이 확인되는 날짜'를 의미합니다. ② 치과진료기록 사본(원본대조필) ③ 영구치 발거 전후의 X-Ray 또는 파노라마 사진 또는 이에 준하는 판독자료 ※ 상기서류 이외에 보험금 심사에 필요할 경우 추가로 판독자료를 요청드릴 수 있습니다.	의료기관
	영구치상실(발치), 치수치료, 치조골이식술	① 당사 치과치료확인서 ※ 치과치료확인서는 치과 병/의원 담당자가 작성 ◆필수 기재사항 · 내원일(초진일) · 진단명, 한국표준질병분류번호 · 발거한 영구치의 치아번호 · 영구치 발거진단일 및 발거일자 · 치수(신경)치료 치료소견일(진단일) 및 치료일 · 치수(신경)치료 치아번호 · 치조골 이식 치료소견일(진단일) 및 치료일 · 치조골을 이식한 치아번호, 치료구분 ※ 상기의 치수(신경)치료 진단일은 '치수(신경)치료가 필요하다는 소견이 확인되는 날짜'를 의미하며, 치조골 이식 진단일은 '치조골 이식술이 필요하다는 소견이 확인되는 날짜'를 의미합니다.	의료기관

- 1) 대한민국 정부민원 포털사이트 민원24시(www.minwon.go.kr) 등에서 발급 가능
- 2) 서류 별 발급비용은 해당 의료기관 및 건강보험심사평가원(<http://www.hira.or.kr>) 홈페이지(병원 · 약국-비급여진료비정보) 참고
- 3) 상해 입증서류 예시
 - ① 교통사고 : 공공기관(경찰서, 소방서 등), 손해보험사, 공제조합(버스, 화물, 택시 등) 사고사실확인서
 - ② 산업재해 : 산업재해처리내역서 또는 보험급여지급확인서
 - ③ 군인재해사고 : 공무상병인증서
 - ④ 기타 재해사고 : 공공기관(경찰서, 소방서 등) 사고사실확인서
 - ⑤ 의료사고 등 법원분쟁 : 법원판결문
 - ⑥ 확인서류 발급불가 상해사고: 병원초진차트 등 상해사고 증명서류 및 보험금 청구서상 상해사고내용 기재
 - ⑦ 자살 : 경찰서 발행 변사사실확인원
- 4) 동 안내장은 일반적인 보험금 청구 시 필요한 서류를 기재한 것으로서 보험수익자가 다수이거나 미성년자 또는 대리청구, 단체보험 등의 경우에는 추가서류가 필요할 수 있으므로, 보험사에 구체적인 필요서류를 문의하여 주시기 바랍니다.