



보험금 청구서

※ 기재하시는 정보를 바르게 **정지체**로 작성해주시면 빠른 보험금 심사를 받으실 수 있습니다.

아래의 항목을 모두 작성하시고 보험금 청구서와 개인(신용)정보처리동의서를 모두 접수해 주셔야 정상적인 보험금심사 및 지급이 가능합니다.

※ 우편(등기) 보내실 곳: (우) 03156 서울특별시 종로구 삼봉로 48 라이나타워 18층 (주)라이나생명 보험금심사담당자 앞 (문의전화: 고객센터 1588-0058)

■ 피보험자 (보험대상자)

※ 보험금 수령을 위임하시는 경우에는 「보험금 수령 위임장」 및 피위임자의 「개인(신용)정보처리 동의서」를 추가로 제출하셔야 합니다.

성명	주민등록번호	연락처
----	--------	-----

※ 특정금융정보법 제6조의2 및 동법 시행령 제10조의4에 따른 고객확인 의무 이행을 위하여 수익자의 정보를 확인합니다. 기존에 당사에 통지하신 정보로부터 변경사항이 있으신 경우 반드시 최신의 정보를 기준으로 작성하여 주셔야 하며, 미기재된 항목에 대하여서는 변경이 없는 것으로 인지하여 당사에 기 등록된 정보를 기준으로 고객확인이 진행됨을 참고하시기 바랍니다. 해당 정보는 법에서 정한 용도 외의 목적으로 사용되지 않으며, 정보제 공이 충분하지 않을 경우 보험금청구가 거절 또는 지연될 수 있습니다.

■ 보험계약의 수익자

성명	주민등록번호	연락처
하시는일 (구체적으로)	신분증 정보	□ 주민등록증 발급일 (년 월 일) *사본 제출시 생략 가능 □ 운전면허증 면허번호 ()

주소	□ 고객정보 변경동의 (청구서상 기재한 고객정보로 변경을 원하시는 경우 선택해 주세요) ※ 기재하신 주소는 보험금 심사 및 안내문 발송에 사용됩니다.	피보험자 관계	□ 본인 □ 그외()
----	--	------------	-------------------

보험금 수령계좌	은행명	계좌번호	실소유주 (실 수령자)	□ 본인 □ 그외()
※ 청구서상 기재하신 계좌가 본인계좌로 확인되지 않을 경우와 수익자 외 대리인 대표 상속인 수령시 통장사본을 제출하셔야 합니다.				

보험금지급 안내 신청	안내방법	□ 문자(알림톡) □ 우편 □ 유선 □ 거부	E-Mail	@
*손해사정서는 계약관계자(계약자, 피보험자, 수익자) 모두에게 발송되며, '거부'를 선택하신 경우 아래 서명한 고객에 한해 제외 됩니다.				
※ 청구 진행단계에 따라 접수, 지연 지급, 손해사정안내 중 해당되는 내용이 선택하신 방법으로 안내 됩니다.				
※ 지급안내는 보험계약명, 지급금부, 금액 등 보험금 지급 관련 세부내용이 기재되며, 신청하신 방법에 따라 발송(안내)해 드립니다.				

■ 보험금 청구 세부내용 (□에 V표시)

확인된 사고 내용과 관련하여 당사에 정상 유지중인 보험계약이 담보하는 모든 보험금(제지급금 포함)을 지급 해 드립니다. (일부 보험금 수령만 원하시는 경우 참고사항란에 별도 기재 부탁드립니다. 세부내용 항목들을 상세히 체크/기재시 보다 신속한 보험금 지급이 가능합니다)

※ 계약 내 제지급금(급여금, 배당금, 중도금부금 등) 중 기대출원리금이 존재하는 경우, 해당 금액을 제외 후 지급합니다.

유형	☐ 질병(신체 내부요인으로 몸이 불편한 경우) ☐ 재해(급격, 우연한 외부사고로 신체가 다친 경우) ☐ 기타()				
청구유형 (중복선택가능)	☐ 사망 ☐ 장해 ☐ 진단 ☐ 치과치료 ☐ 수술 ☐ 입원 ☐ 통원 ☐ 실손 ☐ 치료(골절, 당뇨 치료, 한방 치료 포함) ☐ 기타()				
사고유형 (상세하게작성)	사고일시	년	월	일	
	사고경위				
참고사항	☐ 모든 유지계약에서 심사·지급 요청 ☐ 일부 보험금만 지급 요청()				
	☒ 실손 의료보험 가입자의 경우 의료수급권자 여부를 체크하여 주시기 바랍니다. ☐ 해당 ☐ 비해당 ※ 해당 부분에 V 체크하시면 의료수급권자 여부 확인을 위한 증빙서류 제출을 요청 드리고 의료 수급 권자임을 확인 되면 실손의료비 보험료를 할인해 드립니다.				

■ 보험금 접수 및 지급에 관한 주요 사항 안내 보험업법 제96조의2에 따라, 보험금 청구, 심사 및 지급에 관한 주요 내용을 안내해 드립니다.

- 청구하신 보험금은 보험금 청구서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내 (단, 지급사유인 현장심사가 필요한 경우에는 10 영업일 이내에 보험금을 지급하여 드리며, 지급 지연시 보험업법에 따라 전화로 지연되는 사유를 설명하고, 지급시 약관에서 정한 지연이자를 더하여 지급합니다.
- 보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금 청구권, 계약자적립액 반환청구권 및 배당금 청구권은 3년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다(단, 해당사유 발생일이 2015년 3월 12일 이전일 경우 2년)
- 보험금 청구와 관련하여 문의사항이 있을 경우 당사 콜센터(1588-0058)로 연락 주시기 바라며, "보험금 지급절차 및 주요 안내(보험금 지급 및 심사 절차 안내, 보험금 청구권에 대한 소멸시효, 손해사정사 선임 및 고객님의 권리사항, 의료심사에 관한 안내 등)"와 "보험금 청구서류에 필요한 안내"를 반드시 확인해 주시기 바랍니다. [회사가 보험금 심사 및 조사에 필요하다고 판단하는 경우, 외부 손해사정법인에 현장 확인(실사/보험금지급조사)을 의뢰할 수 있으며 그에 따른 추가 서류를 요청드릴 수 있습니다]
- 보험사기(허위입원, 고의사고, 사고조작, 파해과장 등)는 범죄이며 보험사기방지 특별법에 따라 10년 이하의 징역이나 5천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다

※ 피보험자 사망 시, 사고 보험금 지급 후 해당 고객이 피보험자로 등록된 보유계약 전체 해약에 동의합니다. 동의 □

※ 상기 보험금 지급절차 안내방법을 선택하지 않거나 그 선택의사가 모호한 경우 아래 서명을 근거로 문자(알림톡) 안내만 진행됩니다.

■ 고객 확인 절차는 상기 작성된 정보를 기준으로 진행되며, 미 작성 시 당사에 기 등록된 정보로 진행됩니다.

본인(들)은 위 내용을 이해하고 동의하였음을 확인하고 보험금을 청구합니다.				년	월	일
피보험자	(서명 또는 날인)	친권자 (부/모 또는 후견인)	(서명 또는 날인)			
보험수익자	(서명 또는 날인)		(서명 또는 날인)			



보험금 청구를 위한 개인(신용)정보 처리 동의서 [1/3]

소비자 권익보호에 관한 사항 귀하는 개인(신용)정보의 수집·이용 및 제공, 조회에 관한 동의를 거부하실 수 있으며, 개인의 신용도 등을 평가하기 위한 목적 이외의 개인(신용)정보 제공 동의는 철회할 수 있습니다. 다만, 본 동의는 '보험금 청구'를 위해 필수적인 사항이므로 동의를 거부하시는 경우 관련 업무수행이 불가능할 수 있습니다.

※ 피보험자와 수익자가 동일하면 [피보험자란]에만 V표시 하셔도 됩니다.

※ 아래에 와 같이 굵게 표시된 부분은 모두 작성하여 주시기 바랍니다.

피보험자 성명	주민등록번호	-
---------	--------	---

1. 개인(신용)정보 수집·이용에 관한 동의사항

수집·이용 목적	- 보험금지급·심사(보험금청구서류 접수 또는 입력 대행 서비스 포함) 및 보험사고조사(보험사기 조사 포함), 보험금지급관련 민원처리 및 분쟁대응 - 금융거래(보험료 및 보험금 등 출·수납을 위한 금융거래 신청 접수) 관련 업무 - 순보험요율의 산출·검증 - 제지금금 지급관련 금융업무
보유·이용기간	동의일로부터 거래 종료 후 5년까지 (단, 거래종료 후 5년이 경과한 후에는 보험금 지급, 금융 사고 조사, 분쟁 해결, 민원처리, 법령상 의무이행 보험사기 방지·적발을 위한 경우에 한하여 보유·이용하며, 별도 보관함) 위 보유 기간에서의 거래 종료일이란 ①보험계약 만기, 해지, 취소, 철회일 또는 소멸일, ②보험금 청구권 소멸시효 완성일(상법 제 662조), ③채권채무 관계 소멸일 중 가장 나중에 도래한 사유를 기준으로 판단한 날"을 말합니다.

수집·이용 항목

고유식별정보	주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호			
고유식별정보 수집·이용에 동의하십니까?	피보험자	☐ 동의함	수익자	☐ 동의함
민감정보	피보험자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등), 보험사고 조사(보험사기 포함) 및 손해사정 업무 수행과 관련하여 취득한 정보(경찰, 공공·국가기관, 의료기관 등으로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 증명서, 진료기록 등에 포함된 개인(신용)정보 포함)			
민감정보 수집·이용에 동의하십니까?	피보험자	☐ 동의함	수익자	☐ 동의함
개인(신용)정보	일반 개인정보	성명, 주소, 생년월일, 전화번호, 전자우편주소, 성별, 국적, 직업, 피보험자와 수익자의 관계, 국내거소신고번호		
	신용 거래정보	금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)		
개인신용정보 수집·이용에 동의하십니까?	피보험자	☐ 동의함	수익자	☐ 동의함

※ 접수해주신 보험사고증명서류(병원발급서류)에 오류가 있거나 내용이 미비하여 심사가 불가능한 경우, 보험금심사 담당자가 해당 의료기관에 유선 확인 후 심사할 수 있으며 유선 확인이 불가능한 경우에는 고객님의 추가 서류를 요청드릴 수 있습니다.



보험금 청구를 위한 개인(신용)정보 처리 동의서 [2/3]

2 개인(신용)정보의 제공에 관한 사항

제공받는자	· 종합신용정보집중기관 : 한국신용정보원 등 신용정보집중기관 · 공공기관 등 : 검찰, 경찰, 법원, 금융위원회, 금융감독원, 보험요율산출기관 등 공공기관, 법령상 업무 수행기관 (위탁사업자 포함) · 보험회사 등 : 생명보험사, 손해보험사, 국내·국외 재보험사, 공제사업자, 체신관서 (우체국보험) · 금융거래기관 : 금융거래 관련 계좌개설 금융기관, 금융결제원 · 계약관계자 : 피보험자, 보험금 청구권자 · 보험협회 등 : 생명보험협회
제공 목적	· 신용정보집중기관 : 보험계약 및 보험금지급 관련 정보의 집중관리 및 활용 등 신용정보집중기관의 업무 · 공공기관 등 : 보험업법 등 법령에 따른 업무수행 (위탁업무 포함) · 보험회사 등 : 보험사고조사 (보험사기 조사 포함) 및 손해사정서비스 등 계약이행에 필요한 업무, 보험금청구서류 접수대행 서비스, 진료비 심사, 의료심사 및 자문, 소견서, 진료기록 열람, 법률자문 및 소송관련 업무 등 · 금융거래기관 : 금융거래 업무 (보험료 및 보험금, 제지급금 등 출·수납) · 계약관계자 : 손해사정내용 관련 정보 제공 · 보험협회 등 : 보험금 지급·심사 관련 업무지원 (보험금 청구서류 대행 서비스 등)
제공받는자의 보유·이용기간	· <u>제공받는자의 이용목적을 달성할 때까지</u> (거래종료 후 최대 5년까지, 거래종료 후에는 금융사고 및 보험사기 조사, 분쟁 해결, 민원처리, 법령상 의무 이행 등을 위해 보유·이용)

※ 제공기관명/업무 내용 등은 라이나생명 홈페이지 <http://www.lina.co.kr> 의 "개인정보처리방침" 에서 확인하실 수 있습니다.

※ 외국 재보험사의 국내지점이 재보험금 청구 등 지원 업무를 위탁하기 위한 경우 별도의 동의 없이 외국 소재 본점에 귀하의 정보를 이전할 수 있습니다.

| 제공 항목

고유식별정보	주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호			
고유식별정보 제공에 동의하십니까?	피보험자	☐ 동의함	수익자	☐ 동의함
민감정보	피보험자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등), 보험사고 조사 (보험사기 포함) 및 손해사정 업무 수행과 관련하여 취득한 정보 (경찰, 공공·국가기관, 의료기관 등 으로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 증명서, 진료기록 등에 포함된 개인(신용)정보 포함)			
민감정보 제공에 동의하십니까?	피보험자	☐ 동의함	수익자	☐ 동의함
개인(신용)정보	일반 개인정보	성명, 주소, 생년월일, 전화번호, 전자우편주소, 성별, 국적, 직업, 피보험자와 수익자의 관계, 국내거소신고번호		
	신용 거래정보	금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(상품종류, 기간, 계약상태, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)		
개인신용정보 제공에 동의하십니까?	피보험자	☐ 동의함	수익자	☐ 동의함

※ 업무위탁을 목적으로 개인(신용)정보를 처리하는 경우 별도의 동의 없이 업무 수탁자에게 귀하의 정보를 제공할 수 있습니다.

(홈페이지 [www.lina.co.kr]에서 확인 가능)



보험금 청구를 위한 개인(신용)정보 처리 동의서 [3/3]

3. 개인(신용)정보의 조회에 관한 사항

조회대상기관	· 종합신용정보집중기관, 생명보험협회, 보험요율산출기관(보험개발원)
조회 목적	· 종합신용정보집중기관: 보험사고 · 보험사기 조사 및 보험금지급 · 심사 · 보험요율산출기관: 보험사고 · 사기 조사 및 보험금 지급 · 심사, 법령에 의한 업무수행 등 · 생명보험협회: 보험금 청구서류 접수대행 서비스
조회 동의의 효력기간	· 거래종료일로부터 5년 (단, 거래종료 후 5년이 경과한 후에는 보험금 지급, 금융사고 조사, 분쟁해결, 민원처리, 법령상 의무이행을 위한 경우에 한하여 보유 · 이용하며, 별도 보관함) 위 보유 기간에서의 거래 종료일이란 "①보험계약 만기, 해지, 취소, 철회일 또는 소멸일, ②보험금 청구권 소멸시효 완성일(상법 제 662조), ③채권채무 관계 소멸일 중 가장 나중에 도래한 사유를 기준으로 판단한 날"을 말합니다.

조회 항목

고유식별정보	주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호			
고유식별정보 조회에 동의하십니까?	피보험자	☐ 동의함	수익자	☐ 동의함
민감정보	피보험자의 질병 · 상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등)			
민감정보 조회에 동의하십니까?	피보험자	☐ 동의함	수익자	☐ 동의함
개인(신용) 정보	일반 개인정보	성명, 국내거소신고번호		
	신용 거래정보	보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)		
개인신용정보 조회에 동의하십니까?	피보험자	☐ 동의함	수익자	☐ 동의함

본인은 상기 내용에 따라 귀사가 본인의 개인(신용)정보를 처리하는 것에 동의합니다.

※ 미성년자는 법정대리인이 서명하여 주시길 바랍니다.

※ 피보험자/수익자/친권자/후견인이 각각 다른 경우, 해당하는 분 모두 성명 및 서명(또는 날인)해주시기 바랍니다.

※ 대표수익자를 지정하는 경우, 아래 수익자 서명란에는 대표수익자 1인께서 성명 및 서명(또는 날인)해주시면 됩니다.

20 년 월 일

피보험자	(서명 또는 날인)	친권자	(서명 또는 날인)
보험수익자	(서명 또는 날인)	(부/모 또는 후견인)	(서명 또는 날인)

라이나생명보험주식회사 귀중



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(임플란트, 브릿지, 틀니)보험금 청구 시	치아 충전, 크라운치료 보험금 청구 시
1 공통서류 2 당사 치과치료확인서(치과 병의원 담당자가 작성) 또는 의료기관 증명서(진단서 등) ■ 필수기재사항 · 내원일(초진일) · 진단명, 한국표준질병분류번호 · 발거한 영구치의 치아번호, 영구치 발거일 (임플란트 재식립 청구의 경우 임플란트 제거 부위 치아번호, 임플란트 제거일) · 발거 부위에 시행한 보철치료의 종류 및 치료일 (임플란트 치료일·식립일/브릿지, 틀니 치료일·장착일) 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 종류(장착일) 치과통원 보험금 청구 시 1 공통서류 2 국민건강보험법의 요양급여 및 의료급여 항목이 확인되는 통원일자 별 진료비 납입 영수증(카드결제영수증 불가)
발치, 치수(신경), 치석제거(스케일링), 치조골이식 보험금 청구 시	주요치주질환(잇몸질환) 치료, 방사선촬영 보험금 청구 시
1 공통서류 2 당사 치과치료확인서(치과 병의원 담당자가 작성) ■ 필수기재사항 · 내원일(초진일) · 진단명, 한국표준질병분류번호 · 발거한 영구치의 치아번호, 영구치 발거일 · 치수(신경)치료 치아번호, 치수(신경)치료 완료일 · 보험급여 적용된 치석제거(스케일링) 치료일자 · 골이식 및 골유도재생술 시행 치아번호, 영구치 발거일, 골이식 및 골유도재생술 시행일	1 공통서류 2 당사 치과치료확인서(치과 병의원 담당자가 작성) ■ 필수기재사항(보험급여 적용된 경우만 기재대상) · 내원일(초진일) · 진단명, 한국표준질병분류번호 · 주요치주질환(잇몸질환) 치료부위, 치료내용(치료종류) 치료일자 · 보험급여 적용된 방사선촬영일 3 국민건강보험법의 요양급여 및 의료급여 항목이 확인되는 요양급여비용명세서 또는 진료비 세부내역서

- 회사는 상기 서류 이외에 추가로 서류를 요청할 수 있으며, 구비서류는 원본(또는 원본대조필)을 제출하여야 합니다.
- 입급계좌를 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 변제무확인서(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 참조 하시기 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 가철성악치 (Denture, 틀니) 치료보험금은 보철치료보장개시일 이후 **연간 1회** 한도로 지급합니다.
- 3 고정성가공의치 (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), 치주질환 을 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 계약당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

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



치과치료확인서(충전,크라운)

(용도: 보험회사 제출용)

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

■ 초진 당시 결손 부위

※ 결손치아 치아번호 및 질병분류코드 □ 란에 'v' 표시 (충전, 크라운/치수 치료 시 사랑니 보장불가)

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 항목의 경우 건강보험 급여치료 내용에 한하여 기재하여 주시기 바랍니다.

■ 기타치료

※ 주요치주질환 일자 별 치료 부위 A~F 중 해당하는 치료부위의 알파벳으로 기재하여 주시기 바랍니다.

질병분류코드		치료종류			치료일			치료종류			치료일		
□ K05		스케일링			년 월 일			스케일링			년 월 일		
		구내방사선			년 월 일			파노라마방사선			년 월 일		
		구내방사선			년 월 일			파노라마방사선			년 월 일		
치료내용	질병코드	치료부위(1/3와 구분)			치료종류 (□란에 'v' 표시)						치료일		
		A	B	C									
		D	E	F									
주요치주 질환치료 (잇몸질환)	□ K05				□ 치주소파술 □ 치근활택술 □ 기타()						년 월 일		
	□ K05				□ 치주소파술 □ 치근활택술 □ 기타()						년 월 일		
	□ K05				□ 치주소파술 □ 치근활택술 □ 기타()						년 월 일		

■ 충전

※ 치아마모(K03)로 치료 받은 경우 보장하지 않습니다.

질병분류코드	치아번호	치료 종류 (□ 란에 'v' 표시)	치료일(장착일)
□ K02 □ 기타()		□ 아말감 □ 레진 □ 금 □ 도재(세라믹) □ 기타()	년 월 일
□ K02 □ 기타()		□ 아말감 □ 레진 □ 금 □ 도재(세라믹) □ 기타()	년 월 일
□ K02 □ 기타()		□ 아말감 □ 레진 □ 금 □ 도재(세라믹) □ 기타()	년 월 일
□ K02 □ 기타()		□ 아말감 □ 레진 □ 금 □ 도재(세라믹) □ 기타()	년 월 일
□ K02 □ 기타()		□ 아말감 □ 레진 □ 금 □ 도재(세라믹) □ 기타()	년 월 일

■ 크라운/치수(신경)

질병분류코드	치아번호	치료	치료일(치수완료일)	치료	치료일(최종장착일)
□ K02 □ K04 □ K05 □ 기타()		치수	년 월 일	크라운	년 월 일
□ K02 □ K04 □ K05 □ 기타()		치수	년 월 일	크라운	년 월 일
□ K02 □ K04 □ K05 □ 기타()		치수	년 월 일	크라운	년 월 일
□ K02 □ K04 □ K05 □ 기타()		치수	년 월 일	크라운	년 월 일

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

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

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



치과치료확인서(임플란트,브릿지,틀니)

(용도: 보험회사 제출용)

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

■ 초진 당시 결손 부위

※ 결손치아 치아번호 및 질병분류코드 □ 란에 'v' 표시 (발치 및 보철 치료 시 사랑니 보장불가)

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 항목의 경우 건강보험 급여치료 내용에 한하여 기재하여 주시기 바랍니다.

■ 기타치료

※ 주요치주질환 일자 별 치료 부위 A~F 중 해당하는 치료부위의 알파벳으로 기재하여 주시기 바랍니다.

질병분류코드		치료종류			치료일			치료종류			치료일		
□ K05		스케일링			년 월 일			스케일링			년 월 일		
		구내방사선			년 월 일			파노라마방사선			년 월 일		
		구내방사선			년 월 일			파노라마방사선			년 월 일		
치료내용	질병코드	치료부위(1/3각 구분)			치료 종류 (□ 란에 'v' 표시)						치료일		
		A	B	C									
		D	E	F									
주요치주 질환치료 (잇몸질환)	□ K05				□ 치주소파술 □ 치근활택술 □ 기타()						년 월 일		
	□ K05				□ 치주소파술 □ 치근활택술 □ 기타()						년 월 일		
	□ K05				□ 치주소파술 □ 치근활택술 □ 기타()						년 월 일		

■ 발치 및 보철 ※ 질병코드 K02, K04, K05(S025 재해가입자에 한함) 이외는 보장하지 않습니다.

치료종류 (□ 란에 'v' 표시)	질병코드	치아번호	발치일	치료일(식립/장착일)
□ 영구치 발치			년 월 일	
□ 영구치 발치			년 월 일	
□ 영구치 발치			년 월 일	
□ 임플란트 □ 브릿지 □ 틀니			년 월 일	년 월 일
□ 임플란트 □ 브릿지 □ 틀니			년 월 일	년 월 일
□ 임플란트 □ 브릿지 □ 틀니			년 월 일	년 월 일
□ 골이식술 □ 골유도재생술			년 월 일	년 월 일
□ 골이식술 □ 골유도재생술			년 월 일	년 월 일
□ 가철성총의치(전체틀니)			년 월 일	년 월 일
□ 가철성임플란트총의치(임플란트틀니)			년 월 일	년 월 일
□ 고정성전악임플란트보철(전악임플란트브릿지)			년 월 일	년 월 일
□ 임플란트제거 □ 임플란트(재식립)			년 월 일	년 월 일

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

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

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



치과치료확인서(충전,크라운) 작성요령

(용도: 보험회사 제출용)

환자명	라이나	주민번호	990101-12345678	초진일	2021년 1월 2일
-----	-----	------	-----------------	-----	-------------

■ 초진 당시 결손 부위

※ 결손치아 치아번호 및 질병분류코드 □ 란에 'v' 표시(충전,크라운/치수 치료 시 사랑니 보장불가)

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 항목의 경우 건강보험 급여치료 내용에 한하여 기재하여 주시기 바랍니다.

■ 기타치료

※ 주요치주질환 일자 별 치료 부위 A~F 중 해당하는 치료부위의 알파벳으로 기재하여 주시기 바랍니다.

질병분류코드		치료종류			치료일			치료일					
☑ K05		스케일링			2021년 1월 2일			스케일링			2021년 1월 5일		
K02		구내방사선			2021년 1월 2일			파노라마방사선			2021년 1월 2일		
K02		구내방사선			2021년 1월 5일			파노라마방사선			2021년 1월 5일		
치료내용	질병코드	치료부위(1/3와 구분)			치료 종류 (□ 란에 'v' 표시)						치료일		
		A	B	C									
		D	E	F									
주요치주 질환치료 (잇몸질환)	☑ K05	A D			☑ 치주소파술 □ 치근활택술 □ 기타()						2022년 1월 6일		
	☑ K05	C F			☑ 치주소파술 □ 치근활택술 □ 기타()						2022년 1월 7일		
	☑ K05	B E			☑ 치주소파술 □ 치근활택술 □ 기타()						2022년 1월 8일		

■ 충전

※ 치아마모(K03)로 치료 받은 경우 보장하지 않습니다.

질병분류코드	치아번호	치료 종류 (□ 란에 'v' 표시)	치료일(장착일)
☒ K02 □ 기타()	21	□ 아말감 ☒ 레진 □ 금 □ 도재(세라믹) □ 기타()	2022년 1월 6일
☒ K02 □ 기타()	22	□ 아말감 □ 레진 ☒ 금 □ 도재(세라믹) □ 기타()	2022년 1월 30일
☒ K02 □ 기타()	23	□ 아말감 □ 레진 □ 금 □ 도재(세라믹) ☒ 기타(GI 충전)	2022년 1월 6일
□ K02 □ 기타()		□ 아말감 □ 레진 □ 금 □ 도재(세라믹) □ 기타()	년 월 일
□ K02 □ 기타()		□ 아말감 □ 레진 □ 금 □ 도재(세라믹) □ 기타()	년 월 일

■ 크라운/치수(신경)

질병분류 코드	치아번호	치료	치료일(치수완료일)	치료	치료일(최종장착일)
☒ K02 □ K04 □ K05 □ 기타()	31	치수	년 월 일	크라운	2022년 3월 30일
□ K02 ☒ K04 □ K05 □ 기타()	32	치수	2022년 2월 20일	크라운	2022년 3월 30일
□ K02 □ K04 ☒ K05 □ 기타()	33	치수	년 월 일	크라운	2022년 3월 30일
□ K02 □ K04 □ K05 □ 기타()		치수	년 월 일	크라운	년 월 일

상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다.

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

병원명	라이나 치과 병원 (직인)	의사성명	이튼민(인)	면허번호	1234567
전화번호	02 - 1234 - 5678	요양기관번호	123456	작성일	2022년 5월 20일

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



치과치료확인서(임플란트,브릿지,틀니) 작성요령

(용도: 보험회사 제출용)

환자명	라이나	주민번호	990101-12345678	초진일	2021년 1월 2일
-----	-----	------	-----------------	-----	-------------

■ 초진 당시 결손 부위

※ 결손치아 치아번호 및 질병분류코드 □ 란에 'v' 표시 (발치 및 보철 치료 시 사랑니 보장불가)

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 항목의 경우 건강보험 급여치료 내용에 한하여 기재하여 주시기 바랍니다.

■ 기타치료

※ 주요치주질환 일자 별 치료 부위 A-F 중 해당하는 치료부위의 알파벳으로 기재하여 주시기 바랍니다.

질병분류코드		치료종류			치료일			치료일					
☑ K05		스케일링			2021년 1월 2일			스케일링			2021년 1월 5일		
K02		구내방사선			2021년 1월 2일			파노라마방사선			2021년 1월 2일		
K02		구내방사선			2021년 1월 5일			파노라마방사선			2021년 1월 5일		
치료내용	질병코드	치료부위(1/3와 구분)			치료 종류 (□ 란에 'v' 표시)						치료일		
		A	B	C									
		D	E	F									
주요치주 질환치료 (잇몸질환)	☑ K05	A, D			☑ 치주소파술 □ 치근활택술 □ 기타()						2022년 1월 6일		
	☑ K05	C, F			☑ 치주소파술 □ 치근활택술 □ 기타()						2022년 1월 7일		
	☑ K05	B, E			☑ 치주소파술 □ 치근활택술 □ 기타()						2022년 1월 8일		

■ 발치 및 보철 ※ 질병코드 K02, K04, K05(S025 재해가입자에 한함) 이외는 보장하지 않습니다.

치료 종류 (□ 란에 'v' 표시)	질병코드	치아번호	발치일	치료일(식립/장착일)
☒ 영구치 발치	K05	11, 12, 13	2021년 1월 10일	
☒ 영구치 발치	K05	16, 17	2021년 1월 10일	
☐ 영구치 발치			년 월 일	
☒ 임플란트 □ 브릿지 □ 틀니	K05	11, 13	2021년 1월 10일	2021년 1월 10일
☐ 임플란트 ☒ 브릿지 □ 틀니	K05	12	2021년 1월 10일	2021년 3월 10일
☐ 임플란트 □ 브릿지 ☒ 틀니	K05	16, 17	2021년 1월 10일	2021년 4월 10일
☒ 골이식술 □ 골유도재생술	K05	11, 13	2021년 1월 10일	2021년 1월 10일
☐ 골이식술 □ 골유도재생술			년 월 일	년 월 일
☐ 가철성총의치(전체틀니)			년 월 일	년 월 일
☐ 가철성임플란트총의치(임플란트틀니)			년 월 일	년 월 일
☐ 고정성전악임플란트보철(전악임플란트브릿지)			년 월 일	년 월 일
☒ 임플란트제거 ☒ 임플란트(재식립)	K05	11	2022년 1월 20일	2022년 1월 20일

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

병원명	라이나 치과 병원 (직인)	의사성명	이튼튼(인)	면허번호	1234567
전화번호	02 - 1234 - 5678	요양기관번호	123456	작성일	2022년 5월 20일

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