

# 치과치료확인서

## 1. 기본내역

환자명	주민번호	초진일	치료사유	<input type="checkbox"/> 질병	<input type="checkbox"/> 재해 (□란에 "V"표시)
-----	------	-----	------	-----------------------------	---

## 2. 초진 당시 결손 부위 ※ 해당 치아 숫자에 O표시

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

## 3. 발치 및 임플란트 / 브릿지 / 틀니 치료내용

※ 발치 치과와 보철치료 치과가 다른 경우, 각각의 치과에서 시행한 내용만 기재해 주십시오. 브릿지는 pontic(브릿지가 장착된 결손부 치아)를 기재해 주십시오.

치료종류 (□란에 "V" 표시)	치아 분류 (□란에 "V" 표시)	한국질병 분류코드	치아 번호 (FDI 표기법)	발치일	치료일 (식립일 / 장착일)
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치				년 월 일
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치				년 월 일
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치				년 월 일
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치				년 월 일

## 4. 치료내용

※ 발치하지 않고 장착한 브릿지는 "크라운"으로 기재해 주십시오. 치료진단일 및 치료일은 반드시 기재하여 주십시오.

※ 급여 : 국민건강보험법에서 정한 보험급여 혹은 의료급여법에서 정한 의료급여 기준에 해당하는 경우.

구분	치료종류 (□란에 "V" 표시)	치아 분류 (□란에 "V" 표시)	한국질병 분류코드	치아 번호 (FDI 표기법)	치료진단일 (치료 권유일)	치료일 (최종 장착일)
치석제거	<input type="checkbox"/> 급여 <input type="checkbox"/> 비급여	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			년 월 일	년 월 일
주요치주 질환치료 (잇몸치료)	<input type="checkbox"/> 급여 <input type="checkbox"/> 비급여 <input type="checkbox"/> 치주수파술 <input type="checkbox"/> 치은박리소파술 <input type="checkbox"/> 치은절제술 <input type="checkbox"/> 기타( )	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 급여 <input type="checkbox"/> 비급여 <input type="checkbox"/> 치주수파술 <input type="checkbox"/> 치은박리소파술 <input type="checkbox"/> 치은절제술 <input type="checkbox"/> 기타( )	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 급여 <input type="checkbox"/> 비급여 <input type="checkbox"/> 치주수파술 <input type="checkbox"/> 치은박리소파술 <input type="checkbox"/> 치은절제술 <input type="checkbox"/> 기타( )	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 급여 <input type="checkbox"/> 비급여 <input type="checkbox"/> 치주수파술 <input type="checkbox"/> 치은박리소파술 <input type="checkbox"/> 치은절제술 <input type="checkbox"/> 기타( )	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			년 월 일	년 월 일
방사선	<input type="checkbox"/> 급여 <input type="checkbox"/> 비급여 <input type="checkbox"/> 치근단촬영 <input type="checkbox"/> 교익촬영 <input type="checkbox"/> 교합촬영 <input type="checkbox"/> 파노라마촬영	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 급여 <input type="checkbox"/> 비급여 <input type="checkbox"/> 치근단촬영 <input type="checkbox"/> 교익촬영 <input type="checkbox"/> 교합촬영 <input type="checkbox"/> 파노라마촬영	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 급여 <input type="checkbox"/> 비급여 <input type="checkbox"/> 치근단촬영 <input type="checkbox"/> 교익촬영 <input type="checkbox"/> 교합촬영 <input type="checkbox"/> 파노라마촬영	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			년 월 일	년 월 일
크라운치료 (치수(신경) 치료)	<input type="checkbox"/> 크라운치료 <input type="checkbox"/> 치수(신경)치료	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 크라운치료 <input type="checkbox"/> 치수(신경)치료	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 크라운치료 <input type="checkbox"/> 치수(신경)치료	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			년 월 일	년 월 일
직접충전 (필링)	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타소재( )	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타소재( )	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타소재( )	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			년 월 일	년 월 일
간접충전 (인/온레이)	<input type="checkbox"/> 금(gold) <input type="checkbox"/> 도재(세라믹) <input type="checkbox"/> 기타소재( )	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 금(gold) <input type="checkbox"/> 도재(세라믹) <input type="checkbox"/> 기타소재( )	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 금(gold) <input type="checkbox"/> 도재(세라믹) <input type="checkbox"/> 기타소재( )	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			년 월 일	년 월 일

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

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

※ 임플란트/브릿지/틀니 치료비 청구 시에는 해당 치료 전/후의 X-ray 또는 파노라마 사본을 추가로 제출해주시기 바랍니다.

※ 진료기록 사본 및 치과치료확인서는 필수 제출서류입니다. 단, 치과치료확인서의 경우 치석제거, 주요치주질환치료, 방사선 및 파노라마촬영, 발치, 치수치료, 충전치료는 필요 시 제출(진료기록사본만으로 해당 보험금 지급여부 판단이 불가할 경우, 추가로 요구할 수 있음).

※ 보내실 곳 : 팩스(02-6971-6040) 또는 (우 04156) 서울시 마포구 마포대로 89 서울마포우체국 사서함 13호 NH농협생명 지급심사 정보입력팀(다스카)

