



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 치아번호	상 · 하악 우측								상 · 하악 좌측							
	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																

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

치아구분	치아 번호	한국질병 분류코드	치료구분 (□ 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 (□ 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 (□ 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 기재해주시시오. 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
보장구분별	충전치료, 크라운치료	① 당사 치과치료확인서 ※ 치과치료확인서는 치과 병/의원 담당자가 작성 ◆필수기재사항 · 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 ◆필수기재사항 · 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 ◆필수기재사항 · 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 보험금여 지급확인서
 - 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.