



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(신경)치료	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(신경)치료	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(신경)치료	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(신경)치료	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.** ※ 병(의)원 (직인) 및 의사(인)이 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	990101-1234XX	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	— ○ — (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(신경)치료	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(신경)치료	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(신경)치료	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(신경)치료	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(인)이 누락된 경우 본 치료확인서는 무효입니다.

병원명	라이나 치과 병원	(직인)	의사성명	유명해 (인)	면허번호	1234XX
전화번호	(02) 1234 - 5678		작성일			2019년 5월 4일

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