라이나생명
A Chubb Company

www.lina.co.kr

치과 치료확인서 작성요령
(치과 병/의원 작성용)

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	치료 종류	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(1/3악 구분) A	B	C	D	E	F	치료 종류 (□ 란에 'V' 표시)	치료일
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)

질병분류 코드	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)이 누락된 경우 본 치료확인서는 무효입니다.

병 원 명	(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.

관리번호 : CLAIM_DENTAL_20220714

라이나생명
A Chubb Company

치과 치료확인서 작성요령
(치과 병/의원 작성용)

www.lina.co.kr

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	치료 종류	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(1/3악 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(S02.5 재해가입자에 한함) 이외는 보장하지 않습니다.

치료 종류 (□ 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)이 누락된 경우 본 치료확인서는 무효입니다.

병 원 명	(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.

관리번호 : CLAIM_DENTAL_20220714