CHUBB® 처브라이프생명보험주식회사

치과치료확인서(치과 병/의원 작성용)

환자명		주민등록번호		전화번호	
치료 원인	☐ 질병 ☐ 재해	초진일	년 월 일	용도	보험회사 제출용

● 초진 당시 결손부위 및 치아상태 ※ 해당 치아번호에 ○ 표시를 해 주십시오.

치아번호	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																

● 치료내용 ※ 발치 치과와 보철치료 치과가 다른 경우 각각의 치과에서 시행한 내용만 기재해 주십시오.

치료구분	치아번호 (FDI 표기법)	한국질병 분류번호	치료내용 (☐란에 V표기)	치료일 (장착일, 치료종료일)
충전			☐ 금, 도재(세라믹) ☐ 아말감, 글래스아이노머(GI) ☐ 기타소재( )	년 월 일
			☐ 금, 도재(세라믹) ☐ 아말감, 글래스아이노머(GI) ☐ 기타소재( )	년 월 일
			☐ 금, 도재(세라믹) ☐ 아말감, 글래스아이노머(GI) ☐ 기타소재( )	년 월 일
			☐ 금, 도재(세라믹) ☐ 아말감, 글래스아이노머(GI) ☐ 기타소재( )	년 월 일
			☐ 금, 도재(세라믹) ☐ 아말감, 글래스아이노머(GI) ☐ 기타소재( )	년 월 일
			☐ 금, 도재(세라믹) ☐ 아말감, 글래스아이노머(GI) ☐ 기타소재( )	년 월 일
크라운				년 월 일
				년 월 일
				년 월 일
가철성 의치 (틀니)			• 발치일자 : 년 월 일 • 발치원인 :	년 월 일
			• 발치일자 : 년 월 일 • 발치원인 :	년 월 일
고정성 가공의치 (브릿지)			• 발치일자 : 년 월 일 • 발치원인 :	년 월 일
			• 발치일자 : 년 월 일 • 발치원인 :	년 월 일
			• 발치일자 : 년 월 일 • 발치원인 :	년 월 일
임플란트			• 발치일자 : 년 월 일 • 발치원인 :	년 월 일
			• 발치일자 : 년 월 일 • 발치원인 :	년 월 일
			• 발치일자 : 년 월 일 • 발치원인 :	년 월 일

상기 질환으로 인하여 치료 받았음을 확인합니다.

병/의원명		의사명	(인)
요양기관번호		면허번호	
전화번호	( ) -	작성일	년 월 일

※ 기타 문의사항은 고객센터(1599-4600)로 문의하시기 바랍니다. (평일 09:00-18:00 / 토요일, 공휴일 휴무)

© 2016 처브그룹. Chubb®, 처브 로고 그리고 Chubb. Insured.℠ 는 처브그룹의 등록상표입니다.

Chubb. Insured.℠