KB금융그룹 KB손해보험

치과치료확인서

1. 환자의 인적사항

성 명		주민등록번호		초진일자	년 월 일
내원경위				☐ 상해 ☐ 질병 ☐ 기타 ( )	

2. 세부 치료 항목 (치료가 시행된 각각의 치아를 기준으로 작성하며 하단 '※작성시 참조 사항' 확인 바람)

① 치아 번호	② 내원시 치아상태	③ 진단 확정일	④ 진단명 (치료사유)	⑤ 수술명 ⑥ 치료명	⑦ 진료시작일	⑧ 진료종료일	⑨ 발거일	⑩ 기타
				/				
				/				
				/				
				/				
				/				
				/				
				/				
				/				
				/				
				/				

상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다. ※ 병원(직인) 및 의사(인)의 날인이 누락된 경우 본 확인서는 무효입니다.

병 원 명	(직인)	의사성명	(인)	면허번호	
전화번호	( ) -	작성일자	년	월	일

※ 작성시 참조 사항

① 치아번호

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

② 내원시 치아 상태

1. 파절상태 2.신경치료시행 3. 보철물치료시행 4. 치근관충전시행 5. 이미 발거된 상태 6. 해당사항없음

④ 진단명 (치료사유) : 세부코드기재

K00: 치아의 발육 및 맹출장애 K01: 매몰치 및 매복치 K02: 치아우식
K03: 치아경조직의 기타질환 K04: 치수 및 치근단주위조직의 질환 K05: 치은염 및 치주질환
K06: 잇몸 및 무치성 치조융기의 기타장애 K07: 치아 얼굴이상 (부정교합포함) K08: 치아 및 지지구조의 기타 장애
S02.5: 치아파절 S03.2: 치아의 탈구

** 상기 이외 사유의 경우 번호 기재 : 1. 의치보철준비 2. 치열교정준비 3. 대체 수리 복구 4. 우식발생위험치아

⑤ 수술명 : 해당 영문 기재

A. 치조소파술 B. 치은신부착술 C. 치은성형술 D. 치은절제술
E. 치은박리소파술 F. 치근면처치술 G. 치조골결손부 골이식술 H. 조직유도재생술
I. 조직유도재생막 제거술 J. 치은측방변위판막술, 치관변위판막술 K. 치은이식술 L. 치관분리술
M. 치근절제술 N. 치관확장술 O. 기타

⑥ 치료명 : 해당 번호 기재

1. 스케일링 *보험급여 적용시 보장가능 2. 아말감 3. 글래스아이노머 4. 레진필링치료 5. 인레이•온레이
6. 크라운 7. 가철성의치(틀니) 8. 고정성가공의치(브릿지) 9. 임플란트 10. 치수치료
11. 불소도포 12. 기타

⑦ 진료시작일 = 치료개시일 ⑧ 진료종료일 = 치료종료일 / 단, 청구시점에 치료가 지속되는 경우는 종료예정일 기재