NH농협금융

보험에 마음을 더합니다 헤아림

치아보험 치료확인서

1. 기 본 사 항

환 자 성 명		생 년 월 일		전 화 번 호	
발 병 원 인	☐ 질병 ☐ 상해 ☐ 기타 (_____)	초 진 일 자	년 월 일		

2. 초진 당시 결손부위 및 치아상태 (치료 치아에 한해 우식, 파절, 기존 치료상태를 구분하여 기재)

결손부위	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

3. 치 료 내 용

구분	치료종류	질병분류 코드	치아번호	치료일(장착일)
스케일링	☐ 급여 * 보험급여 적용시			년 월 일
	☐ 급여 * 보험급여 적용시			년 월 일
주요치주 질환치료 (잇몸질환)	☐ 치주소파술 ☐ 치근활택술 ☐ 기타 ( )			년 월 일
	☐ 치주소파술 ☐ 치근활택술 ☐ 기타 ( )			년 월 일
	☐ 치주소파술 ☐ 치근활택술 ☐ 기타 ( )			년 월 일
방사선 촬영	☐ 구내방사선 ☐ 파노라마방사선 ☐ 보험급여			년 월 일
	☐ 구내방사선 ☐ 파노라마방사선 ☐ 보험급여			년 월 일
	☐ 구내방사선 ☐ 파노라마방사선 ☐ 보험급여			년 월 일
직접충전	☐ 아말감 ☐ 레진 ☐ 기타 ( )			년 월 일
	☐ 아말감 ☐ 레진 ☐ 기타 ( )			년 월 일
	☐ 아말감 ☐ 레진 ☐ 기타 ( )			년 월 일
간접충전 (인레이/온레이)	☐ 금 / 도재 ☐ 기타 ( )			년 월 일
	☐ 금 / 도재 ☐ 기타 ( )			년 월 일
	☐ 금 / 도재 ☐ 기타 ( )			년 월 일
크라운 / 치수(신경)치료	☐ 크라운 ☐ 치수치료(시작일 :)			년 월 일
	☐ 크라운 ☐ 치수치료(시작일 :)			년 월 일
	☐ 크라운 ☐ 치수치료(시작일 :)			년 월 일

4. 발치 / 임플란트 / 브릿지 / 틀니 (브릿지는 브릿지가 장착된 결손부 치아를 기재)

치료종류	질병분류 코드	치아번호	발치일	치료일(식립일/장착일)
☐ 발치 ☐ 임플란트 ☐ 브릿지 ☐ 틀니			년 월 일	년 월 일
☐ 발치 ☐ 임플란트 ☐ 브릿지 ☐ 틀니			년 월 일	년 월 일
☐ 발치 ☐ 임플란트 ☐ 브릿지 ☐ 틀니			년 월 일	년 월 일

상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다. (병[의]원 직인 및 의사[인] 누락된 경우 무효)

병 원 명	(직인)	의사서명	(인)	면허번호	
전화번호		작 성 일		년 월 일	

※ 작성된 치료확인서와 치과 진료차트(의무기록사본)를 함께 제출해 주시기 바랍니다.

농협손해보험주식회사