meritz 메리츠화재
[용도:보험회사 제출용]

치료확인서 (치과 병/의원 기재용)

환자명		주민등록번호		내원사유	질병 ☐ 상해 ☐

O 초진 당시 결손부위 및 치아상태

1) 초진일 : 년 월 일
2) 결손부위 : ☐ 없다 ☐ 있다 (치아번호 :)
3) 틀니/브릿지/임플란트 장착 상태여부 ☐ 해당없음 ☐ 장착중 ※아래 각 항목( )란에 치아번호 기재 바랍니다.
틀니( ) 브릿지( ) 임플란트( )

O 발거(치)/임플란트/브릿지/틀니/치조골이식술

※상기 각 치료항목의 *표는 보험급여 또는 의료급여가 적용되고 약관에서 정한 진료행위코드에 부합 할 경우 보장됩니다. 진료행위코드 기재바랍니다.

치아번호	한국질병 분류코드	진료행위 코드	치료구분 (☐ 란에 V 표시)	발거(치)일	치료일(장착일)
			☐ 단순발치* ☐ 정교발치* ☐ 완전매복발치*	년 월 일	년 월 일
			☐ 단순발치* ☐ 정교발치* ☐ 완전매복발치*	년 월 일	년 월 일
			☐ 단순발치* ☐ 정교발치* ☐ 완전매복발치*	년 월 일	년 월 일
			☐ 단순발치* ☐ 정교발치* ☐ 완전매복발치*	년 월 일	년 월 일
			☐ 틀니 ☐ 브릿지 ☐ 임플란트 ☐ 임플란트(재식립)	년 월 일	년 월 일
			☐ 틀니 ☐ 브릿지 ☐ 임플란트 ☐ 임플란트(재식립)	년 월 일	년 월 일
			☐ 틀니 ☐ 브릿지 ☐ 임플란트 ☐ 임플란트(재식립)	년 월 일	년 월 일
			☐ 틀니 ☐ 브릿지 ☐ 임플란트 ☐ 임플란트(재식립)	년 월 일	년 월 일
			☐ 골이식술 ☐ 골유도재생술 ☐ 상악동거상술	년 월 일	년 월 일
			☐ 골이식술 ☐ 골유도재생술 ☐ 상악동거상술	년 월 일	년 월 일
			☐ 골이식술 ☐ 골유도재생술 ☐ 상악동거상술	년 월 일	년 월 일
			☐ 골이식술 ☐ 골유도재생술 ☐ 상악동거상술	년 월 일	년 월 일

1) 발치(단순/정교(부분매복)/완전매복)는 발치치료비보장 특별약관의 보장사항입니다.
2) 브릿지/틀니는 결손부 치아기재(pontic)

O 보존/근관치료

※최종치료(장착일,신경치료완료일) 기준으로 기재하여 주시기 바랍니다.(임시치료 제외)
※기타( )란에는 치료명을 기재해주십시오.

치아번호	한국질병 분류코드	치료내용	치료구분 (☐ 란에 V 표시)	진단일	치료일(장착일)
		충전치료	☐ 아말감/글래스아이노머(GI) ☐ 레진필링 ☐ 금/도제(세라믹) ☐ 기타( )	년 월 일	년 월 일
		충전치료	☐ 아말감/글래스아이노머(GI) ☐ 레진필링 ☐ 금/도제(세라믹) ☐ 기타( )	년 월 일	년 월 일
		크라운 / 신경치료	☐ 크라운 ☐ 치아신경치료 ☐ 기타( )	년 월 일	년 월 일
		크라운 / 신경치료	☐ 크라운 ☐ 치아신경치료 ☐ 기타( )	년 월 일	년 월 일

O 이외 치료내용

※상기 각 치료항목의 *표는 보험급여 또는 의료급여가 적용되고 약관에서 정한 진료행위코드에 부합 할 경우 보장됩니다. 진료행위코드 기재바랍니다.

구분	치아 번호	한국질병 분류코드	진료행위 코드	치료구분 (☐ 란에 V 표시)	진단일	치료일
스케일링				☐ 적용 (※보험급여 또는 의료급여 적용 시에 보장됩니다)	년 월 일	년 월 일
치주질환치료 / 턱관절장애 치료				☐ 치주소파술[1/3악당]* ☐ 치주질환수술 ☐ 턱관절장해수술 ☐ 턱관절장해입원	년 월 일	년 월 일
치아촬영				☐ X-ray(치근단/교익/교합)촬영 * ☐ 파노라마 촬영 *	년 월 일	년 월 일
				☐ X-ray(치근단/교익/교합)촬영 * ☐ 파노라마 촬영 *	년 월 일	년 월 일
기타				☐ 치면열구전색술(실란트)* ☐ 기타 ( )	년 월 일	년 월 일

상기 질환으로 인하여 치료 받았음을 확인합니다.

※해당 치과에서 시행한 내용만 기재해주십시오. 병(의)원의 (직인) 및 의사(인)이 누락된 경우 본 치료확인서는 무효입니다.
※보장내용은 가입하신 상품에 따라 상이 할 수 있으며, 약관에서 정한 보험금지급사유 이외는 보장하지 않습니다.
※정확한 보험금지급심사처리를 위해 해당 서류 이외에 추가 서류를 요청 드릴 수 있습니다.

작성일	년 월 일

병원명	(직인)
전화번호	
의사면허번호	
의사성명	(인)