치과치료확인서 (보험회사 제출용)

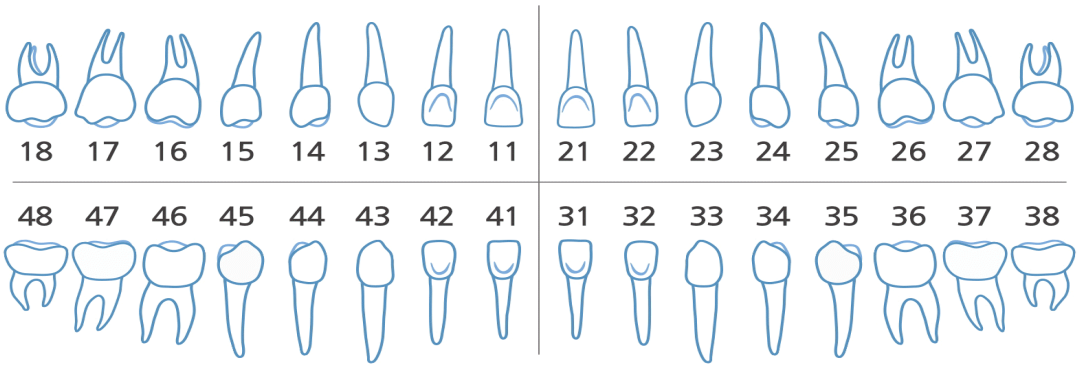
HiLife

• 접수내용

계약번호		상품명	
사고번호		피보험자	

• 치료내용

환자명		주민등록번호	-
치료병원		치료기간	(　　회)



• 초진 당시 치아상태

- 결손 부위 : ☐ 없다　　☐ 있다 (치아 번호 : 위 그림에 표시 가능
- 틀니 / 브릿지 / 임플란트 장착 상태 여부 : ☐ 해당없음　　☐ 장착중 (종류 및 부위 :

• 치료내용 (해당되는 내용에만 기재)

구분	진단명(진단코드)	치아번호	치료내용	치료일(장착일)
치석제거	※스케일링을 말함. 건강보험 적용이 되었나요?(예 / 아니오)/연 1회 보장			
치아촬영				
영구치 발치치료				
자동차사고 치아보철				
치주질환치료				
치수치료				
보존치료 (아말감/ 글래스아이노머/ 복합레진/ 인레이/ 온레이/ 크라운)				
보철치료 (임플란트/ 브릿지/틀니)			※브릿지의 경우 결손 치아만 기재	
치조골 이식술				

※ 귀 원에서 치료한 내용만 기재하여 주십시요. 보험금 심사에 필요한 진료기록 사본. x-ray 사진 등을 추가로 요청할 수 있습니다.

작성일	년　　월　　일	의사성명	성 명　　(서명/날인)

제작:장기손사지원파트 심사:준법감시파트 확인필:준법감시인 안영태(2020041) 승인일:2020.09.02

현대해상화재보험