

치과치료확인서

(치과 병/의원)

■ 기본사항

환자명	주민번호	- *****	전화번호
발병원인	<input type="checkbox"/> 질병 <input type="checkbox"/> 상해 <input type="checkbox"/> 기타 ()		초진일자

※ 초진당시 결손 부위 (해당치아에 ○표시)

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

■ 치료내용

구분	치료종류(□란에 "V" 표시)	질병분류 코드	치아번호	치료일(장착일)
스케일링	<input type="checkbox"/> 급여 ※보험급여 적용시(연1회)에만 보장가능합니다			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 급여 ※보험급여 적용시(연1회)에만 보장가능합니다			년 월 일
주요치주 질환치료 (잇몸질환)	<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치근활택술 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치근활택술 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치근활택술 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
직접충전	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
간접충전 (인레이/온레이)	<input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
크라운/치수 (신경)치료	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료 (시작일:)			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료 (시작일:)			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료 (시작일:)			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료 (시작일:)			년 월 일

■ 발치/임플란트/브릿지/틀니

※ 브릿지/틀니는 결손부 치아(pontic)를 기재해 주십시오

※ 발치치과와 보철치료 치과가 다른경우, 해당 치과에서 시행한 내용만 기재해 주십시오

치료종류(□란에 "V" 표시)	질병분류 코드	치아번호	발치일	치료일(식립일/장착일)
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일

상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다.

※ 병(의원) 직인 및 의사(인)이 누락된 경우 본 치료확인서는 무효입니다.

병원명	의사서명	(인)	면허번호
전화번호	작성일		년 월 일

※ 치과치료확인서와 진료기록 사본은 필수 제출서류이며, 임플란트/브릿지/틀니 관련 청구시에는 해당 치료 전/후의 X-ray 또는 파노라마 사본을 추가로 요청 할 수 있습니다.

※ 보내실 곳 : (우)03159 서울시 종로구 종로 33(청진동) 그랑서울빌딩 9층 동양생명 보험심사팀 보험금 접수담당자

치아보험 보험금 청구서류 안내

보내실 곳 : (우)03159 서울시 종로구 종로 33(청진동) 그랑서울빌딩 9층 동양생명 보험심사팀 보험금 접수담당자
 공통서류 : ① 보험금 청구서 + 개인(신용)정보처리 동의서(당사양식) ② 신분증사본 및 수익자의 통장사본

<p>◎ 보존치료 및 치수치료 보험금 청구시</p> <p>1. 공통서류(상단에 기재) 2. 진단서나 치과치료확인서(아래 내용이 기재되어야 합니다.) · 내원일(초진일) · 진단명, 한국표준질병분류번호(질병코드) · 치료한 영구치의 위치(치아번호) · 해당 영구치의 내원 당시의 치아상태 및 치료원인 · 치료명 및 치료재료 · 치과치료 진단일 및 치료시작일, 치료 종료일</p> <p>3. 치과진료기록 사본(원본대조필) ※ 상기 서류만으로 보험금 지급여부 판단이 불가할 경우에는 추가로 치과치료 관련 증명서(소견서 등)를 요청드릴 수 있습니다.</p>	<p>◎ 보철치료(틀니, 브릿지, 임플란트) 및 영구치발치 보험금 청구시</p> <p>1. 공통서류(상단에 기재) 2. 진단서나 치과치료확인서(아래 내용이 기재되어야 합니다.) · 내원일(초진일) · 진단명, 한국표준질병분류번호 · 해당 영구치의 내원 당시의 치아상태 · 발치한 영구치의 위치(치아번호) · 영구치 발치진단일 및 발치일자 · 직접적인 영구치 발치원인 · 치료 받은 보철치료의 종류 및 시술일자, 치료 종료일</p> <p>3. 치과진료기록 사본(원본대조필) ※ 상기 서류만으로 보험금 지급여부 판단이 불가할 경우에는 추가로 치과치료 관련 증명서(소견서 등)를 요청드릴 수 있습니다.</p>
<p>◎ 치과 통원비 보험금 청구시</p> <p>1. 공통서류(상단에 기재) 2. 일자별 진료비내역 영수증(의료급여, 비급여 항목 기재 필수)</p>	<p>◎ 특정치석제거(스케일링)치료 보험금 청구시</p> <p>1. 공통서류(상단에 기재) 2. 치과치료확인서 3. 일자별 진료비내역 영수증(의료급여, 비급여 항목 기재 필수)</p>

■ 치아보험 주요 안내사항

※ 치아보험 보장내용에 대한 주요 안내사항입니다. 가입하신 상품별 보장 내용이 상이할 수 있으니 기타 자세한 사항은 해당 약관을 참조하시기 바랍니다.

<p>◎ 치아 보존치료, 치수치료 주요 안내사항</p> <p>1. 치아 보존치료, 치수치료 보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 이 보장개시일 이후 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 직접적인 원인으로 최초로 영구치에 보존치료를 진단 받았을 때 보장해 드립니다.</p> <p>2. 보존치료 보험금은 각각 보장개시일 이후 영구치치료 1개당 지급하며, 크라운은 연간 3개를 한도로 보장하며, 가입 1년 이내에 치료시 해당 치료보험금의 50%를 지급합니다. (2015년 4월 이전 가입건은 가입 2년 이내 치료시 해당 치료보험금의 50%를 지급합니다.)</p> <p>3. 상기 2번의 "연간"이란 치료보장개시일 이후 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.</p> <p>4. 보장개시일 이전(가입후 90일내)에 해당치료를 진단확정받거나 치료한 경우, 치아교모증, 치경부마모증, 치열교정 준비, 다른 치과치료를 위해 임시 치과치료를 한 경우, 라미네이트 등 미용상의 치료 등 치아우식증(충치)이나 치주질환(잇몸질환) 이외의 원인으로 치료한 경우 보험금을 지급하지 않습니다.</p>
--

<p>◎ 특정치석제거(스케일링)치료 주요 안내사항</p> <p>1. 특정치석제거(스케일링)치료 보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 이 보장개시일 이후 최초로 치주질환(잇몸질환)치료를 위한 치석제거(스케일링)치료를 진단확정받고, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 의료기관 중 치과에서 국민건강보험법에 정한 요양급여 또는 의료급여법에 정한 의료급여 항목에 해당하는 치석제거(스케일링)치료를 받을 때 보장해 드립니다.</p> <p>2. 특정치석제거(스케일링)치료 보험금은 연간 1회 한도로 보장합니다.</p> <p>3. 상기 2번의 "연간"이란 치료보장개시일 이후 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.</p> <p>4. 보장개시일 이전(가입후 90일내)에 해당치료를 진단확정받거나 치료한 경우, 치주질환(잇몸질환) 이외의 원인으로 치료한 경우 보험금을 지급하지 않습니다.</p>

<p>◎ 치아 보철치료(틀니, 브릿지, 임플란트 세가지 치료) 주요 안내사항</p> <p>1. 보철치료 보장은 계약일로부터 180일 이후(보철치료보장개시일)부터 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환), 재해를 원인으로 영구치를 발거하도록 진단확정 받은 경우 가능하며, 이 보철치료보장개시일(가입후 180일)로부터 1년 이내에 영구치를 발거하도록 진단확정 받고 발거 후 보철치료 시, 보철치료보험금의 50%를 지급합니다. (2015년 4월 이전 가입건은 가입2년 이내에 영구치를 발거하도록 진단확정 받고 발거 후 보철치료 시, 보철치료보험금의 50%를 지급합니다.)</p> <p>2. 가철성의치(틀니) 치료보험금은 보철치료보장개시일 이후 연간 1회를 한도로 지급하며 고정성가공의치(브릿지) 및 임플란트의 치료를 받기 위해 발거한 영구치 개수는 보철치료보장개시일 이후 연간 각각 3개를 한도로 하므로 연간 한도를 초과하여 발거한 영구치에 대해서는 이후 치료시기에 상관없이 해당 치료보험금을 지급하지 않습니다.</p> <p>3. 상기 2번의 "연간"이란 보철치료보장개시일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.</p> <p>4. 보철치료에 대하여 수리, 복구 및 대체를 하더라도 해당 보철치료보험금을 지급하지 않습니다.</p> <p>5. 보철치료보장개시일(가입후 180일) 전에 치아를 뽑거나, 치아우식증(충치)이나 치주질환(잇몸질환), 재해에 기인하지 않는 보철치료, 치열교정 준비를 위해 치아를 뽑은 경우 해당 보철치료 보험금을 지급하지 않습니다.</p> <p>6. 임플란트, 고정성가공의치(브릿지), 가철성의치(틀니) 세가지의 보철치료만 보장합니다.</p>

<p>◎ 기타 유의사항</p> <p>1. 치아 보철치료와 보존치료를 보장하는 보험의 경우 보장하는 치과치료 중 동일한 영구치에 대하여 두 가지 이상의 치과치료를 포함하는 복합형태의 치료를 받은 경우 해당 치료보험금 중 가장 높은 한가지의 해당 치료보험금을 지급합니다.</p> <p>2. 치아보험의 보철치료 보장대상은 영구치에 한하며, 보존치료, 치수치료, 치석제거(스케일링)의 보장대상은 유치/영구치에 한합니다. ※ 회사는 상기 서류 이외에 추가로 서류를 요청할 수 있으며, 구비서류는 원본(또는 원본 대조필)을 제출하여야 합니다. ※ 입급계좌를 수익자가 아닌 타인계좌로 위임할 경우 보험금수령 위임장(당사양식, 인감날인) 및 원 수익자의 인감증명서(보험금청구 및 수령 위임용)를 첨부하여야 합니다. ※ 수익자가 미성년자인 경우에는 친권자 또는 후견인이 청구 및 수령하여야 하며, 친권관계 확인을 위한 미성년자(수익자)기준의 가족관계증명서(일부)와 친권자서명의 변상무확인서(당사양식) 또는 대표수익자지정동의서(당사양식, 동지자 인감날인 및 인감증명서 포함)를 첨부하여야 합니다. (친권자 또는 후견인이 지정된 경우 미성년자의 기본증명서(특정) 첨부)</p>
