



치과 치료확인서 작성요령  
(치과 병/의원 작성용)



# 치과치료확인서 (치과 병/의원)

환자명	주민번호	초진일	년	월	일
-----	------	-----	---	---	---

■ 초진 당시 결손 부위 ※해당 치아숫자에 ○ 표시를 해 주십시오. (용도: 보험회사 제출용)

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

■ 치료 내용 ※해당하는 치료에 √ 표시와 기타는 치료명을 기재해 주십시오. ※ 일부 치료는 보험급여 적용 시에만 보장됩니다.

구분	치료 종류 (□란에 √ 표시)	질병분류 코드	치아번호	치료일 (장착일)
스케일링	<input type="checkbox"/> 보험급여 ※보험급여 적용 시에만 보장 가능합니다.			년 월 일
주요치주 질환치료 (잇몸질환)	<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치근활택술 <input type="checkbox"/> 기타( ) / <input type="checkbox"/> 보험급여			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치근활택술 <input type="checkbox"/> 기타( ) / <input type="checkbox"/> 보험급여			년 월 일
방사선 촬영	<input type="checkbox"/> 구내방사선 <input type="checkbox"/> 파노라마방사선 / <input type="checkbox"/> 보험급여			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 구내방사선 <input type="checkbox"/> 파노라마방사선 / <input type="checkbox"/> 보험급여			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 구내방사선 <input type="checkbox"/> 파노라마방사선 / <input type="checkbox"/> 보험급여			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
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타( )			년 월 일
간접충전 (인레이)	<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
	<input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 기타( )			년 월 일
크라운/ 치수(신경) 치료	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수(신경)치료			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수(신경)치료			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수(신경)치료			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수(신경)치료			년 월 일

■ 발치/임플란트/브릿지/틀니 ※발치 치과와 보철치료 치과가 다른 경우 해당 치과에서 시행한 내용만 기재해 주십시오.  
※브릿지는 pontic(브릿지가 장착된 결손부 치아)를 기재해 주십시오.

치료 종류 (□란에 √ 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(의)원 (직인) 및 의사(인)이 누락된 경우 본 치료확인서는 무효입니다.

병원명	(직인)	의사성명	(인)	면허번호
전화번호	( ) -	작성일	년	월 일



치과 치료확인서 작성요령  
(치과 병/의원 작성용)



## 치과치료확인서 (치과 병/의원) 작성요령

환자명	홍길동	주민번호	654321 - 1234XXXX	초진일	2013년 8월 8일
-----	-----	------	-------------------	-----	-------------

■ 초진 당시 결손 부위 ※해당 치아 숫자에 ○ 표시를 해 주십시오. (용도: 보험회사 제출용)

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

■ 치료 내용 ※해당하는 치료에 √ 표시와 기타는 치료명을 기재해 주십시오. ※ 일부 치료는 보험급여 적용 시에만 보장됩니다.

구분	치료 종류 (□란에 √ 표시)	질병분류 코드	치아번호	치료일 (장착일)
스케일링	<input checked="" type="checkbox"/> 보험급여 ※보험급여 적용 시에만 보장 가능합니다.	K05	<del>11</del> (전악)	2016년 5월 1일
주요치주 질환치료 (잇몸질환)	<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input checked="" type="checkbox"/> 치근활택술 <input type="checkbox"/> 기타( ) / <input type="checkbox"/> 보험급여	K05	44-47	2016년 5월 1일
	<input checked="" type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치근활택술 <input type="checkbox"/> 기타( ) / <input type="checkbox"/> 보험급여	K05	33-43	2016년 5월 1일
방사선 촬영	<input type="checkbox"/> 구내방사선 <input type="checkbox"/> 파노라마방사선 / <input type="checkbox"/> 보험급여			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 구내방사선 <input type="checkbox"/> 파노라마방사선 / <input type="checkbox"/> 보험급여			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 구내방사선 <input type="checkbox"/> 파노라마방사선 / <input type="checkbox"/> 보험급여			년 월 일
직접충전	<input type="checkbox"/> 아말감 <input checked="" type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타( )	K02	17	2016년 5월 1일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input checked="" type="checkbox"/> 기타( )	K02	24	2016년 5월 1일
	<input checked="" type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타( )	K02	35	2016년 5월 1일
	<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)	<input checked="" type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 기타( )	K02	16	2016년 5월 1일
	<input type="checkbox"/> 금/도재 <input checked="" type="checkbox"/> 기타( )	K02	27	2016년 5월 1일
	<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 checked="" type="checkbox"/> 크라운 <input checked="" type="checkbox"/> 치수(신경)치료	K04	37	2016년 5월 1일
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input checked="" type="checkbox"/> 치수(신경)치료	K04	34	2016년 5월 1일
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수(신경)치료			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수(신경)치료			년 월 일

■ 발치/임플란트/브릿지/틀니 ※발치 치과와 보철치료 치과가 다른 경우 해당 치과에서 시행한 내용만 기재해 주십시오.  
※브릿지는 pontic(브릿지가 장착된 결손부 치아)를 기재해 주십시오.

치료 종류 (□란에 √ 표시)	질병분류 코드	치아번호	발치일	치료일 (식립일/장착일)
<input checked="" type="checkbox"/> 발치 <input checked="" type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니	K05	11	2016년 1월 10일	2016년 2월 5일
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input checked="" type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니	K05	12	년 월 일	2016년 5월 5일
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input checked="" type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니	K05	13	2016년 1월 10일	2016년 5월 5일
<input checked="" type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니	K05	26	2016년 3월 5일	년 월 일

■ 상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다. ※ 병(의)원 (직인) 및 의사(인)이 누락된 경우 본 치료확인서는 무효입니다.

병원명	라이나 치과 병원 (직인)	의사성명	나(의)사 (인)	면허번호	1234XXXX
전화번호	( 02 ) 1111 - 1234	작성일			2016년 5월 14일