



# 치과치료확인서(치과 병/의원 기재용) [용도: 보험회사 제출용]

보험금 청구 주소 : (우) 57987 전남 순천시 순천우체국사서함 28 TEL : 1544-2792 홈페이지 : http://www.aig.co.kr

환자분의 치료내용 중 해당하는 치료에 대하여 '표시'란에 체크해 주시고, 치료 치아 번호로 표기 해 주세요.

환자명	주민등록번호	내원사유	질병 <input type="checkbox"/> 상해 <input type="checkbox"/>
-----	--------	------	---

## ■ 초진당시 결손부위 (해당 치아에 ○표시)

[초진일 :           년    월    일]

부위별 치아번호	상 · 하악 우측								상 · 하악 좌측							
	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
치아상태																

## ■ 충전치료 \* 치료소견일이라 함은 해당 치아에 해당 치료가 필요한 것으로 소견한 날을 말합니다.

치아구분	치아 번호	한국질병 분류코드	치료구분 (□ 란에 √표시)	치료소견일(진단일)	치료일(장착일)
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 인(온)레이 <input type="checkbox"/> 복합레진 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머(GI) <input type="checkbox"/> 아말감	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 인(온)레이 <input type="checkbox"/> 복합레진 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머(GI) <input type="checkbox"/> 아말감	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 인(온)레이 <input type="checkbox"/> 복합레진 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머(GI) <input type="checkbox"/> 아말감	년 월 일	년 월 일

## ■ 발치/임플란트/브릿지/틀니

치아구분	치아 번호	한국질병 분류코드	치료구분 (□ 란에 √표시)	발치소견일 (발치진단일)	발거(치)일	장착일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 발치(□매복) <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니	년 월 일	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 발치(□매복) <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니	년 월 일	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 발치(□매복) <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니	년 월 일	년 월 일	년 월 일

\* 발치는 영구치상설치료특별약관의 보장사항. 브릿지/틀니는 결손부치아(pobtic)를 기재(발치와 보철치료를 다른 병원에서 시행한 경우, 해당 병원 치료만 기재)

## ■ 이외 \* 치료소견일이라 함은 해당 치아에 해당 치료가 필요한 것으로 소견한 날을 말합니다.

치아구분	치아 번호	한국질병 분류코드	치료구분 (□ 란에 √표시)	치료소견일(진단일)	치료일
치조골이식술			<input type="checkbox"/> 골이식술 <input type="checkbox"/> 골유도재생술 <input type="checkbox"/> 상악동거상술 ) <input type="checkbox"/> 골분할술 <input type="checkbox"/> 골신장술 <input type="checkbox"/> 기타( )	년 월 일	년 월 일
			<input type="checkbox"/> 골이식술 <input type="checkbox"/> 골유도재생술 <input type="checkbox"/> 상악동거상술 ) <input type="checkbox"/> 골분할술 <input type="checkbox"/> 골신장술 <input type="checkbox"/> 기타( )	년 월 일	년 월 일
크라운/치수 (신경)치료			<input type="checkbox"/> 크라운(□영구치 □유치) <input type="checkbox"/> 치수(신경)치료(□영구치 □유치)	년 월 일	년 월 일
			<input type="checkbox"/> 크라운(□영구치 □유치) <input type="checkbox"/> 치수(신경)치료(□영구치 □유치)	년 월 일	년 월 일
			<input type="checkbox"/> 크라운(□영구치 □유치) <input type="checkbox"/> 치수(신경)치료(□영구치 □유치)	년 월 일	년 월 일
치석제거(스케일링)				년 월 일	년 월 일
치아촬영 (X-ray 및 파노라마 촬영)			<input type="checkbox"/> 구내방사선 <input type="checkbox"/> 파노라마방사선	년 월 일	년 월 일
			<input type="checkbox"/> 구내방사선 <input type="checkbox"/> 파노라마방사선	년 월 일	년 월 일
			<input type="checkbox"/> 구내방사선 <input type="checkbox"/> 파노라마방사선	년 월 일	년 월 일
주요치주질환 (잇몸질환)			<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치근절제술 <input type="checkbox"/> 기타( )	년 월 일	년 월 일
			<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치근절제술 <input type="checkbox"/> 기타( )	년 월 일	년 월 일

\* 치석제거(스케일링), 치아촬영(X-ray 및 파노라마 촬영), 주요치주질환(잇몸질환) 치료는 보험급여 적용시에만 보장

상기 질환으로 인하여 치료 받았음을 확인합니다.

\* 정확한 심사처리를 위해 해당 서류 이외에 추가 서류를 요청 드릴 수 있습니다.

\* 해당 치과에서 시행한 내용만 기재해주시시오. 병(의)원의 (직인) 및 의사(인)이 누락된 경우 본 치료확인서는 무효입니다.

작성일	년    월    일	병원명	(직인)
전화번호		의사면허번호	
의사성명	(인)		

# AIG. 치아보험 보험금 청구서류 안내

보장내역	청구서류	발급처
공통	<b>기본</b> ① 보험금신청서 (계좌번호 포함) ② 개인(신용)정보처리동의서 ③ 청구인 신분증 사본(지문정보가 포함된 주민등록증 뒷면은 수집하지 않습니다)	보험회사 보험회사 관공서
	<b>추가</b> ① 통장사본(사전등록계좌 등 본인계좌 확인 가능시 불필요) ② 가족관계 확인 필요시* : 가족관계 확인 서류 (예시 : 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등) 배우자, 자녀 등의 보장상품, 수익자가 미성년자인 경우 등 ③ 대리인 청구시 : 위임장, 보험금 청구권자의 인감증명서(또는 본인서명사실확인서나 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함) 보험금 청구권자의 개인(신용)정보처리동의서 ④ 상해일 경우 입증서류 ※ 피상속인의 상속보험금 총액이 300만원 이하이면서, 상속인 간 분쟁이 없는 경우에 한하여 소액 상속보험금 지급 간소화 처리 가능 * 상속인 유형 등에 따라 제출서류 및 지급절차가 다를 수 있으므로 [상속인 제출서류 안내] 참고	은행, 증권사 관공서
충전치료, 크라운치료	① 당사 치과치료확인서 ※ 치과치료확인서는 치과 병/의원 담당자가 작성 * 필수 기재사항 - 내원시유, 초진일, 초진당시 결손부위 - 치아구분, 치아번호, 한국질병분류코드, 치료구분, 치료소견일(진단일), 치료일(장착일) ② 치과진료기록 사본(원본대조필) ③ X-Ray 또는 파노라마 사진 또는 이에 준하는 판독자료 ④ 상해일 경우 사고일자, 사고내용 ※ 상기의 치료소견일(진단일)은 '충전 또는 크라운치료가 필요하다는 소견이 확인되는 날짜' 를 의미합니다.	의료기관
보장 구분별 보철치료 (임플란트, 브릿지, 틀니)	① 당사 치과치료확인서 또는 의료기관 증명서(진단서 등) ※ 치과치료확인서는 치과 병/의원 담당자가 작성 ◆ 필수 기재사항 · 내원일(초진일) · 진단명, 한국표준질병분류번호 · 영구치 치삭(치아번호), 발거진단일(발거필요소견일) 및 발거일 · 발거 부위에 시행한 보철치료의 종류 및 치료일 · 상해일 경우 사고일자, 사고내용 ※ 상기의 발거진단일은 '발거(발치)가 필요하다는 소견이 확인되는 날짜'를 의미합니다. ② 치과진료기록 사본(원본대조필) ③ 영구치 발거 전후의 X-Ray 또는 파노라마 사진 또는 이에 준하는 판독자료 ※ 상기서류 이외에 보험금 심사에 필요할 경우 추가로 판독자료를 요청드릴 수 있습니다.	의료기관
영구치상설(발치), 치수치료, 치조골이식술 치삭제거(스케일링)	① 당사 치과치료확인서 ※ 치과치료확인서는 치과 병/의원 담당자가 작성 ◆ 필수 기재사항 · 내원일(초진일) · 치수(신경)치료 치아번호 · 진단명, 한국표준질병분류번호 · 치조골 이식 치료소견일(진단일) 및 치료일 · 발거한 영구치의 치아번호 · 치조골을 이식한 치아번호, 치료구분 · 영구치 발거진단일 및 발거일자 · 보험급여 적용된 치삭제거(스케일링) 치료일자 · 치수(신경)치료 치료소견일(진단일) 및 치료일 ※ 상기의 치수(신경)치료 진단일은 '치수(신경)치료가 필요하다는 소견이 확인되는 날짜'를 의미하며, 치조골 이식 진단일은 '치조골 이식술이 필요하다는 소견이 확인되는 날짜'를 의미합니다.	의료기관
주요치주질환 (잇몸질환), 치아활영(X-ray 및 파노라마 촬영)	① 당사 치과치료확인서 ※ 치과치료확인서는 치과 병/의원 담당자가 작성 ◆ 필수 기재사항 · 내원일(초진일) · 진단명, 한국표준질병분류번호 ② 진료행위코드가 기재된 건강보험 요양급여 비용명세서	의료기관

- 대한민국 정부민원 포털사이트 민원24시(www.minwon.go.kr) 등에서 발급 가능
- 서류 별 발급비용은 해당 의료기관 및 건강보험심사평가원(http://www.hira.or.kr) 홈페이지(병원·약국-비급여진료비정보) 참고
- 상해 입증서류 예시
  - 교통사고 : 공공기관(경찰서, 소방서 등), 손해보험사, 공제조합(버스, 화물, 택시 등) 사고사실확인서
  - 산업재해 : 산업재해처리내역서 또는 보험급여지급확인서
  - 군인재해사고 : 공무상병인증서
  - 기타 재해사고 : 공공기관(경찰서, 소방서 등) 사고사실확인서
  - 의료사고 등 법원분쟁 : 법원판결문
  - 확인서류 발급불가 상해사고 : 병원초진차트 등 상해사고 증명서류 및 보험금 청구서상 상해사고내용 기재
  - 자살 : 경찰서 발행 변사사실확인원
- 동 안내장은 일반적인 보험금 청구 시 필요한 서류를 기재한 것으로서 보험수익자가 다수이거나 미성년자 또는 대리청구, 단체보험 등의 경우에는 추가서류가 필요할 수 있으므로, 보험사에 구체적인 필요서류를 문의하여 주시기 바랍니다.