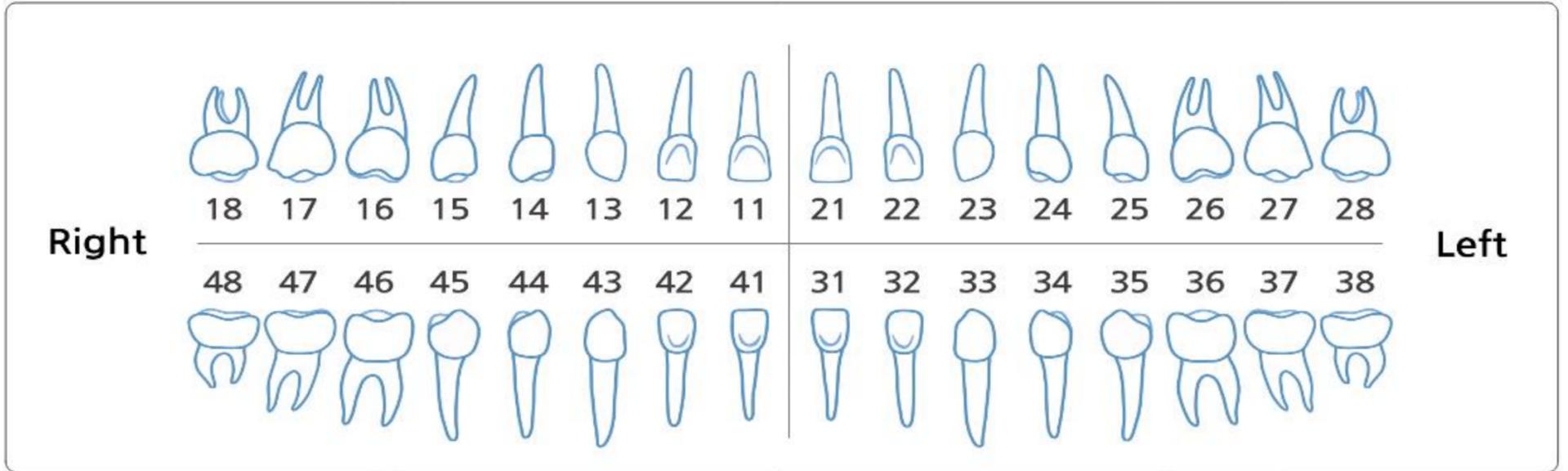


치과치료확인서 (보험회사제출용)



환자명		주민등록번호	-
치료병원		치료기간	() 회



■ 초진 당시 치아 상태

- 결손 부위 : 없다 있다(치아번호: 위 그림에 표시가능)
- 틀니 / 브릿지 / 임플란트 장착 상태 여부 : 해당없음 장착중 (종류 및 부위 :)

■ 치료 내용 (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				

※ 귀원에서 치료한 내용만 기재하여 주십시오. 보험금 심사에 필요한 진료기록 사본, x-ray 사진 등을 추가로 요청할 수 있습니다.

년 월 일 의사성명 : (인)



콜센터 1588-5656
www.hi.co.kr

