

실손의료비 보험금 청구서류 접수대행 서비스 신청서

- ◆ 보험회사에서는 고객님의 실손의료보험을 2개 이상 다수 회사에 가입한 경우, 보험금 청구서류를 회사마다 각각 제출해야 하는 불편함을 덜어 드리고자 고객님의 서류를 다른 보험회사로 전송해 드리고 있습니다. 동 서비스는 **실손의료비 특약만 해당**되며, 다른 특약은 해당되지 않습니다.

<서비스 이용 동의>

- ① 본인은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조의 규정에 따라 보험금 지급심사의 목적으로 본인의 보험금 청구서류 일체를 보험회사(손해보험사, 생명보험사), 유관기관(손해보험협회, 생명보험협회) 및 손해사정 업무를 위탁 받은 회사로 제공하는 것에 동의합니다. 손해사정 업무를 위탁받은 회사명의 확인을 원하실 경우에는 해당 보험회사로 문의하여 주시기 바랍니다.
- ② 보험금 지급심사를 위해 필요 시 추가로 관련서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 동일하나 수익자가 상이할 경우에는 각각의 수익자 명의의 통장사본 제출을 별도로 요구할 수 있습니다
- ③ 고객님의 보험금 청구서류는 보험금 지급심사를 위하여 보험계약의 효력 종료시까지 또는 보험금 청구권 및 반환 청구권 소멸시까지 보유합니다.
- ④ 이 서비스를 신청하는 경우 타 보험회사에서는 고객님의 보험금 청구서류를 수신(접수)한 날이 보험금 청구일이 됩니다.

◆ 동 서비스를 신청하시겠습니까? (예 ○ 아니요 ○)

◆ 고객님의 보험금 청구서류를 전송할 회사에 체크하여 주세요.

☐ 중복 가입된 모든 회사

☐ 서류를 보내고자 하는 회사 (. .)

20 년 월 일 청구자 (서명)



◆ 아래의 서비스는 실손의료비 특약만 해당되며, 다른 특약은 해당되지 않습니다.

◆ 이 서비스는 가입하신 실손의료보험이 '09.10월 이후이며, 각 계약의 보험수익자가 동일한 경우, 한 회사에 청구시 실손의료비 총액을 한 회사에서 지급해 드리는 서비스입니다.

1. 이 서비스를 동의하더라도, 연대책임 대상자가 아닌 것으로 확인될 수 있으며, 그러한 경우, 별도 안내를 통해 청구서류 접수대행 서비스만 신청되게 됩니다.
2. 본 동의를 거부하시는 경우에는 실손의료비 보험금 연대책임 서비스가 일부 제한될 수 있으며 본 동의서에 의한 개인(신용)정보 조회는 귀하의 신용등급에 영향을 주지 않습니다.

() ()

(신청합 ☐) (신청안함 ☐)

◆ 이 서비스는 보험금 청구서류를 회사마다 각각 제출해야 하는 불편함을 덜어드리고자 고객님의 서류를 다른 보험회사로 대신 전송해 드리는 서비스입니다.

1. 보험금 지급심사를 위해 필요시 추가로 관련서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 동일하나 수익자가 상이할 경우 에는 각각의 수익자 명의의 통장사본 제출을 별도로 요구할 수 있습니다.
2. 이 서비스를 신청하는 경우 타 보험회사에서는 고객님의 보험금 청구서류를 수신(접수)한날이 보험금 청구일이 됩니다.
3. 본 동의를 거부하시는 경우에는 실손의료비 보험금 청구서류 접수대행 신청 서비스가 일부 제한될 수 있고 본 동의서에 의한 개인(신용)정보 조치는 귀하의 신용등급에 영향을 주지 않습니다.

() ()

(신청함 ☐) (신청안함 ☐)

- ① 중복 가입된 계약의 수익자가 다른 경우
* 단체 실손의료보험 중복자의 경우 수익자가 다른 경우 포함(수익자가 회사일 경우 등)
- ② 표준화 상품외 다른 의료실비 계약이 중복가입 된 경우
- ③ 별도 심사 조사가 필요한 경우(부담보 계약건, 고지의무·통지의무 위반 조사 필요건)
- ④ 통원의료비 소액청구의 경우(10만원 이하)
- ⑤ 정액형 담보를 포함한 경우
- ⑥ 보상기준이 상이한 계약간 중복의 경우
- ⑦ 부담보 설정이 있는 경우

20 년 월 일 청구자 (서명)

□ 의료비 신속지급제도 신청 및 약약서

실손의료보험 의료비 신속지급제도와 관련하여 에이비엘생명보험(주)와 본인 ()는
다음의 내용에 대하여 신청 및 약약합니다.

- 다 음 -

1. 본인 ()는 20 년 월 발생한 () 청구와 관련하여 귀사에서 시행 중인
의료비 신속지급제도를 신청하며 () 보험 (계약번호:)
에서 선지급한 보험금에 대하여, 향후 최종 산정 보험금이 선지급한 보험금보다 적거나 없을 경우에
그 차액 (선지급 보험금 금액 - 최종보험금)을 에이비엘생명보험(주)으로 환급할 것을 약약합니다.
2. 상기인은 위 1항의 내용에 착오 또는 본 건 사고의 관계자로부터 사기와 강박 등이 전혀 없이 평온하게
작성한 것으로 불이행시 이로 인한 귀사의 소송 등 조치에 이의를 제기하기 않고 민, 형사상 모든 책임을
질 것을 확인합니다.

20 년 월 일

피보험자와의 관계 :

성 명 : (인)

생년월일 :

주소 :

담당자 :

전화번호 :

팩스 :

----- 의료비 신속지급제도 안내 -----

□ 실손의료보험 (실손의료비) 가입자 중 입원 치료 후 경제적 사유로 의료비를 선납입하기 곤란한
일정 대상자에 한해 중간정산액 중 일부 (예상 지급보험금의 70%)를 선지급하는 서비스입니다.

□ 대상자의 범위

- ① 의료급여법상 1종·2종 수급권자.
 - ② '본인일부부담금 산정 특례에 관한 기준' 에서 정한 중증질환자.
 - ③ 의료비 중간 정산액(본인부담기준)이 300만원 이상인 고액의료비를 부담하는 자.
- ② 또는 ③의 경우, 의료법 제 3조 제 2항 제 3호에 의한 종합병원 및 국민건강보험법 제 40조 제 2항에
의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제 3조의 4에 의한 상급종합병원으로 제한.

※ 단, 위 대상자에 포함된다 하더라도 손해조사 또는 사고조사가 필요한 경우에는 대상에서 제외
될 수 있습니다.



아토피 OSI증명서 (보험회사 제출용)

인적사항			
환자명		주민등록번호	
질병사항			
아토피진단	질병명		질병분류번호
	발병일		진단일
병변의 범위(A)		평가점수 : _____	
2살 이하		2살 이상	
병변의 정도(B)		평가점수 : _____	
홍반/암화(Erythema/Darkening)		0 = 없음 1 = 경증(mild) 2 = 중간(moderate) 3 = 중증(sever)	
부종/구진화(Edema/papulation)			
진물/가피(Oozing/crusting)			
찰상(Excoriation)			
태선화(lichenification)			
건조(Xerosis)			
총합계	A / 5 [] + (7 × B) / 2 [] = _____		
종합의견 주)			

주) 진단에 대한 의사의 의견을 기입 바랍니다.

증명서 발행일

15
16
17

주소 :

의료기관명 및 부서명 :

의료기관

직인날인

면허번호 :

의사명 :

(인)

※ 의료기간 직인날인 및 의사날인이 없는 경우 추가서류를 요청할 수 있습니다.

입원간병인 사용확인서

■ 환자(피보험자)

성명		생년월일	
----	--	------	--

■ 간병인 세부 사용 내역

간병인 성명	간병인 사용기간 (년. 월. 일. 시)	간병인 사용일수	입원 의료기관	영수액
	~			
	~			
	~			
	~			
	~			
	~			
	~			
	~			

- * '간병인 사용기간'이란 실제 간병인을 사용한 기간으로 공백기간(중단기간)이 존재할 경우에는 공백기간을 제외한 실제 사용기간의 날짜 및 시간을 정확히 기재 주시기 바랍니다.
- * 8시간 미만으로 간병인을 사용한 날의 경우 사용일수에서 제외 후 기재하여 주시기 바랍니다.
- * 의료기관을 이전하여 입원하거나 간병인을 교체한 경우 또는 간병인을 연속하여 사용하지 않은 경우 구분하여 작성 해주시기 바랍니다.
- * 간병인 성명의 경우 마스킹 하여 작성 부탁드립니다. (마스킹 작성 예시 : 이철○, 김○수..)

상기와 같이 환자(피보험자)를 간병하였음을 확인합니다.

사업자등록번호		작성일	년 월 일
연락처		업체명(직인)	(직인)

- * 첨부서류 : ①간병인사용영수증 : 카드전표 또는 현금영수증(간이영수증제외), ②사업자등록증 사본
- * 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류를 요청할 수 있습니다.
- * 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하거나 그 서류 또는 증거를 위·변조 하는 행위는 명백한 사기이며, 보험금 지급이 거절됩니다.

표적항암/특정항암호르몬/카티(CAR-T)항암 약물허가치료 확인서

■ 약제구분(청구하시는 약제의 분류를 체크하여 주시기 바랍니다.)

☐ 표적항암제	☐ 특정항암호르몬치료	☐ 카티(CAR-T)항암약물
--------------------------------	------------------------------------	--

■ 환자(피보험자) 인적사항

성명	생년월일	초진일
----	------	-----

■ 약물치료 내용

질병명 ^{주1)}		질병분류번호 ^{주2)}	
발병일		진단일	
의약품 명칭(제품명)		주 성분명	
식품의약품안전처 '효능효과' 범위 사용 여부	☐ 범위 내(on-label) ☐ 범위 외(off-label)	최초 처방(투약)일	
급여적용 여부	☐ 급여 ☐ 비급여	허가범위 외(off-label) 사용 시 건강보험심사평가원 암질환심의위원회 심사결과	☐ 사전 승인·기승인 ☐ 사후 승인·심사중 ☐ 불승인(거절)
비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과)이내 사용근거 및 소견			

주1) 정확한 보험금 산정을 위해 암이 발생한 부위에 대해 모두 기재바랍니다.(예 : 림프에 전이가 있는 경우 림프암도 기재)

주2) 질병명에 기재된 모든 암에 대한 질병코드를 기재하며, 한국표준질병사인분류상 네자리코드(C**)를 원칙으로 하되, 세자리 코드(C**)도 기입 가능합니다.
가급적 병기 분류 가능한 코드로 기재 바랍니다.

* 기재하신 내용이 확인되는 의무기록 및 투약내역(처방전, 진료비계산서 등)을 함께 제출하여 주시기 바랍니다.

* '사후 심사·심사중'에 청구되는 경우(심사 결과가 통보되지 않은 경우), 암질환심의위원회 사후승인 절차에 따라 승인·통보 이후 보험금청구 접수(심사)가 가능합니다.

■ 특정항암호르몬허가치료 시 필수 기재 사항

상기 진단이 호르몬 민감성 암종 해당 여부		☐ 해당(YES) ☐ 미해당(NO)
상기 약제의 투약 목적 및 효과	암세포의 성장과 확산 억제/진행속도 감소	☐ 해당(YES) ☐ 미해당(NO)
	호르몬 차단/호르몬 양 감소 효과	☐ 해당(YES) ☐ 미해당(NO)

■ 상기와 같이 처방(투약) 치료하였음을 확인합니다.

의료기관명 및 진료과명		의사명	(인)
요양기관번호		면허번호	
전화번호		작성일	년 월 일

* 당사 보험금 청구서 양식 외 요양 기관의 자유 양식을 제출할 수 있으나, 전문의 확인을 통해 상기 내용이 필수적으로 기재해야함을 안내 드립니다.

1. 환자 기본정보

성 명		생년월일	
발병원인	☐ 질병 ☐ 상해 ☐ 기타()	초진일자	년 월 일

2. 초진당시 결손부위 및 치아상태

*해당 치아번호에 V표시 및 치아상태(결손, 우식, 파절, 기존 치료상태를 구분하여 기재)

[illegible]

3. 보존치료

구분		치료종류	질병 코드	치아 번호	치료일		
구내방사선	* 보험 급여적용 시에만 보상	☐ 급여 ☐ 비급여			년	월	일
파노라마촬영		☐ 급여 ☐ 비급여			년	월	일
치석제거		☐ 급여 ☐ 비급여			년	월	일
치주질환 (잇몸질환)		☐ 급여 ☐ 비급여 ☐ 치주소파술 ☐ 치근활택술 ☐ 치은절제술 ☐ 기타()			년	월	일
		☐ 급여 ☐ 비급여 ☐ 치주소파술 ☐ 치근활택술 ☐ 치은절제술 ☐ 기타()			년	월	일
		☐ 급여 ☐ 비급여 ☐ 치주소파술 ☐ 치근활택술 ☐ 치은절제술 ☐ 기타()			년	월	일
직접충전		☐ 아말감 ☐ 글래스아이언노머 ☐ 레진 ☐ 기타()			년	월	일
		☐ 아말감 ☐ 글래스아이언노머 ☐ 레진 ☐ 기타()			년	월	일
		☐ 아말감 ☐ 글래스아이언노머 ☐ 레진 ☐ 기타()			년	월	일
간접충전 (인레이/온레이)		☐ 금 ☐ 도재(세라믹) ☐ 기타()			년	월	일
		☐ 금 ☐ 도재(세라믹) ☐ 기타()			년	월	일
		☐ 금 ☐ 도재(세라믹) ☐ 기타()			년	월	일
크라운/ 치수(신경)치료		☐ 크라운 ☐ 치수치료(시작일 :)			년	월	일
		☐ 크라운 ☐ 치수치료(시작일 :)			년	월	일
		☐ 크라운 ☐ 치수치료(시작일 :)			년	월	일

4. 발치/임플란트/브릿지/틀니/임플란트치조골이식 (브릿지와 틀니는 결손부치아를 기재. *해당 치과에서 시행한 내용만 기재)

(브리지와 틀니는 결손부치아를 기재. *해당 치과에서 시행한 내용만 기재)

발치	임플란트	브릿지	틀니	일플란트 치조골이식	질병 분류코드	치아번호	발치일			치료일 (식립일/장착일)		
☐	☐	☐	☐	☐			년	월	일	년	월	일
☐	☐	☐	☐	☐			년	월	일	년	월	일
☐	☐	☐	☐	☐			년	월	일	년	월	일
☐	☐	☐	☐	☐			년	월	일	년	월	일

상기질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다.

병원명		(직인)	의사명		(인)
요양기관기호			면허번호		
전화번호			작성일	년 월 일	

* 中(의)원 직인 및 의사(인)이 누락된 경우 무효

* 작성된 치료확인서와 치과진료차트(의무기록사본)를 함께 접수

* 상기 확인서는 견본양식으로 실무상 필요한 경우 일부를 수정하여 사용할 수 있음

치아보험 청구서류 안내

■ 공통서류 : 1. 보험금청구서 및 개인(신용)정보 처리 동의서(당사양식) 2. 수익자 신분증 사본

틀니, 브릿지, 임플란트, 임플란트치조골이식술 보험금 청구 시	보존치료(아말감, G/I, 인레이 · 온레이, 레진), 크라운치료 보험금 청구 시
1. 공통서류 2. 치아치료확인서(치과 병/의원 담당자가 작성) ■ 필수 기재사항 - 치료한 치아의 번호 - 해당 치아의 초진 당시의 치아상태 - 질병분류 코드 - 치료 내용(수술명, 치료명) - 발치일자 3. 치과진료기록 사본(원본대조필) 4. 영구치 발치 전후의 파노라마사진 또는 이에 준하는 판독자료	1. 공통서류 2. 치아치료확인서(치과 병/의원 담당자가 작성) ■ 필수 기재사항 - 치료한 치아의 번호 - 해당 치아의 초진 당시의 치아상태 - 질병분류 코드 - 치료 내용(치료한 재료 포함) 3. 치과진료기록 사본(원본대조필)
영구치발치, 치수치료 보험금 청구 시	주요치주질환치료, 치석제거, 치아촬영보험금 청구 시
1. 공통서류 2. 치아치료확인서(치과 병/의원 담당자가 작성) ■ 필수 기재사항 - 치료한 치아의 번호 - 해당 치아의 초진 당시의 치아상태 - 질병분류 코드 - 치료 내용(수술명, 치료명) - 발치일자 - 치과치료 시작일 3. 치과진료기록 사본(원본대조필)	1. 공통서류 2. 치아치료확인서(치과 병/의원 담당자가 작성) ■ 필수 기재사항 - 치료한 치아의 번호 - 해당 치아의 초진 당시의 치아상태 - 질병분류 코드 - 치료 내용(수술명, 치료명) - 발치일자 3. 치과진료기록 사본(원본대조필) 4. 국민건강보험법의 요양급여 및 의료급여항목이 확인되는 요양급여 비용 명세서 또는 진료비납입영수증

※ 상기 서류 이외에 보험금 심사에 필요한 경우 추가로 서류를 요청드릴 수 있습니다.

치아보험 주요 안내사항

치아보험 보장 내용에 대한 주요 안내사항입니다. 감액기간, 연간한도, 보장하지 않는 사항 등 자세한 내용은 해당 약관을 꼭 참고해 주시기 바랍니다.

■ 치아보철치료(틀니, 브릿지, 임플란트), 임플란트치조골이식술 주요 안내사항

- 1.보철치료보장은 치과치료보장개시일 이후 최초로 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 직접적인 원인으로 영구치를 발치 한 경우 가능합니다. (보험계약일로부터 2년 이내 보철치료 시 치료보험금의 50%를 지급합니다.)
- 2.가철성의치(틀니)치료보험금은 치과치료보장개시일 이후 연간 1회 한도로 지급합니다.
- 3.고정성가공의치(브릿지) 및 임플란트 치료보험금, 임플란트치조골이식술치료보험금은 치과치료보장개시일 이후 영구치를 발치 한 부위에 치료를 받았을 때, 2년 미만인 경우 연간 3개 한도로 지급하며, 연간 한도 초과 시 치료시기에 상관없이 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- 4.보철치료에 대하여 수리, 복구 및 대체 치료의 경우 해당 보철치료보험금을 지급하지 않습니다.
- 5.임플란트치조골이식술의 경우 해당 영구치를 발치한 부위에 특정임플란트치조골이식술치료(골이식술, 골유도재생술, 상악동거상술)를 받고 임플란트치료를 받은 부위에 한하여 보험금을 지급합니다. (보험계약일로부터 2년 이내 시술을 받은 경우 치료보험금의 50%를 지급합니다.)

■ 치아보존치료(아말감, 글래스아이노머, 인레이 · 온레이, 레진), 크라운치료 주요 안내사항

- 1.보존치료 및 크라운치료보장은 치과치료보장개시일 이후 최초로 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 직접적인 원인으로 보험계약일로부터 1년 이내 보존치료 및 크라운치료를 받은 경우 치료보험금의 50%를 지급합니다.
- 2.크라운 치료보장은 치료보장개시일 이후 치아우식증, 치주질환을 직접적인 원인으로 최초로 영구치에 크라운치료를 받았을 때 연간 3개 한도로 보장합니다.

■ 주요치주질환(잇몸질환), 치석제거(스케일링), 치아촬영보험금

- 1.치석제거(스케일링)치료보장은 치과에서 '치석제거(스케일링)치료 급여인정기준'에 해당하는 치료를 받았을 경우 지급합니다.(치석제거 치료 1회당 지급하며, 연간 1회 한도로 보장합니다.)
- 2.주요치주질환치료보장은 '주요치주질환치료 급여인정기준'에 해당하는 치료를 받았을 경우 보장합니다.
- 3.치아 촬영보장은 국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여항목에 해당하는 치아촬영을 받았을 경우 보장합니다. (치아촬영 1회당 지급합니다.)
- 4.건강보험 미 적용시 보장대상이 아닙니다.