

의료급여 치과임플란트 대상자 등록 신청서
①([] 신규 [] 재등록)

※ 유의사항 및 작성방법은 뒷면을 참고하여 주시기 바라며, 색상이 어두운 란은 신청인이 적지 않습니다. (앞 쪽)

등록번호		접수일자		
②수급권자	성명	주민등록번호	종별	
	주소 ()		전화번호	
③ 의 료 급여기관 확인란	상병명	사고, 발치 또는 국한성 치주병에 의한 치아상실	상병기호	
	K08.1			
	시술시작일			
	치식번호	* 치식번호: 우상(11~18), 좌상(21~28), 좌하(31~38), 우하(41~48)		
	보철재료	[] 비귀금속도재관(PFM Crown) [] 지르코니아 크라운		
	재등록 ※재등록시에만 작성 합니다.	재등록 구분	의료급여기관 구분	재등록 시술 시작 단계
			[] 동일 의료급여기관 재등록	[] 2단계
			[] 타 의료급여기관 재등록	[] 1단계 [] 2단계 [] 3단계
		재등록 사유 [] 2단계 시술 실패(골유착실패) [] 의료급여기관 폐업 등 불가피한 사유로 진료진행이 불가한 경우		
	위에 기록한 사항이 사실임을 확인함			
년 월 일 의료급여기관 기호, 명칭 : , (직인) 담당의사 면허번호, 성명 : , (서명 또는 인)				
④수진자 확인란	※ 의료급여 치과 임플란트 급여 적용 개수는 1인당 평생 2개 이내입니다. ※ 치과임플란트는 1단계(진단 및 치료계획), 2단계(본체식립), 3단계(보철수복)의 연결된 행위로, <u>진료단계 중 환자가 병·의원을 이동하는 것은 불가</u> 합니다.			
	※ <u>환자의 변심, 개인사정 등에 의한 취소는 불가</u> 하며, 병·의원에서 판정오류 등으로 취소를 요청하는 경우 대상자를 등록한 병·의원에서만 취소가 가능합니다.			
해당 내용을 확인하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오				

의료급여법 제10조 및 같은 법 시행령 제13조제1항에 따라 의료급여 치과임플란트 대상자 등록을 신청합니다.

의
한
도

⑤ **신청인** (서명 또는 인)

수급권자와의 관계 () 전화번호 ()

시장·군수·구청장 귀하

의료급여 치과임플란트 급여 서비스 안내

- 65세 이상 부분무치악 어르신(완전무치악 제외)에게 분리형 식립재료와 비귀금속도재관(PFM crown) 또는 지르코니아 크라운 보철수복으로 시술된 치과임플란트에 한하여 의료급여 적용이 됩니다.
- 상·하악 구분 없이 1인당 평생 2개 이내에서 급여가 가능합니다.
(2015.6.30.이전:구치부에 제한 적용).
- 의료급여 대상자의 본인부담금은 의료급여비용 총액의 1종 수급권자는 10%, 2종 수급권자는 20%입니다.
- 분리형 식립재료의 고정체(Fixture), 지대주(Abutment)는 별도 산정하고, 그 외 재료(Cover screw, Healing abutment 등) 및 보철수복재료는 찬11 치과임플란트 소정 점수에 포함되어 별도 산정할 수 없습니다.
- 치과임플란트의 사후점검기간은 보철 장착 후 3개월(진찰료만 부담)까지입니다.
- 치과임플란트 시술 시 필요에 따라 시행하는 부가수술(골이식술 등)은 비급여입니다.

유의사항

1. 재등록은 같은 치식번호에 한해서 가능합니다. 동일 의료급여기관 재등록은 '2단계 시술 실패(골유착실패)'인 경우에만 가능합니다.
2. 의료급여기관 확인란은 반드시 치과의사가 확인하여야 합니다.
3. 치과임플란트 대상자 등록신청서 발급 비용은 진찰료에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.

작성방법

- ① 처음 의료급여 치과임플란트 대상자로 등록하는 경우에 '신규'에 √ 표시하고, 치과임플란트를 재시술하고자 할 경우 '재등록'에 √ 표시합니다.
- ② 수급권자의 성명을 한글로 기재하고, 의료급여증에 기재된 주민등록번호를 기재합니다.
 - 외국인(재외국민)은 외국인 및 재외국민 등록번호를 기재합니다.
 - 자택 및 휴대전화 중 하나를 반드시 기재합니다.(휴대전화가 있는 경우 우선적으로 기재).
- ③ 의료급여기관에서 기재하는 항목입니다.
 - 시술시작일은 1단계 진료일을 정확히 기재하여야 합니다. 재등록 건은 재등록 시술시작단계의 시술시작일을 기재합니다.
 - 치식번호는 변경할 수 없으므로 신중히 기재합니다.
- ④ 수급권자(신청자)가 내용을 확인하고 이해를 한 경우, ☐ 예, ☐ 아니오에 √ 표시합니다.
- ⑤ 보장기관에 대상자 등록 신청은 본인 또는 가족이 하실 수 있습니다.
 - 임플란트 대상자 본인 : 65세 이상 의료급여수급권자
 - 가족 : 「민법」 제779조에 따른 가족으로 배우자, 직계혈족, 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매