

「노인틀니」

# 요양기관 업무처리 매뉴얼

[ 2015. 7 ]

## 목 차

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| ■ 노인틀니(완전틀니, 부분틀니) .....         | 1  |
| 1. 노인틀니 보험급여 기준 .....            | 1  |
| 2. 노인틀니 건강보험 대상자 신청방법 및 절차 ..... | 2  |
| 1) 등록방법 및 절차 .....               | 2  |
| 2) 등록내역 변경/해지/취소 신청 방법 .....     | 2  |
| 3. 틀니 대상자 전산 등록방법 .....          | 4  |
| 1) 틀니 대상자 자격확인 .....             | 4  |
| 2) 틀니 대상자 신청/조회 .....            | 6  |
| 4. 노인틀니 관련 서식(2종) .....          | 12 |

## ■ 노인틀니(완전틀니, 부분틀니)

### 1. 노인틀니 보험급여 기준

| 구분     | 완전틀니                                                                                     |                                       | 부분틀니                                                        |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 대상자    | 만 70세 이상으로 상악 또는 하악에 치아가 전혀 없는 경우                                                        |                                       | 만 70세 이상으로 상악 또는 하악의 치아 일부 결손으로 남은 치아를 이용하여 부분틀니 제작이 가능한 경우 |
| 틀니종류   | 레진상 완전틀니<br>금속상 완전틀니                                                                     |                                       | 클래스프(고리) 유지형 금속상 부분틀니<br>※ 어태치먼트(찍찍이) 등 특수 부분틀니는 급여 제외      |
| 권장 재료  | 레진상 완전틀니                                                                                 | 금속상완전틀니                               | 열중합형의치상용레진,<br>다중중합레진치아,<br>코발트크롬 금속류                       |
|        | 열중합형의치상용레진,<br>다중중합레진치아                                                                  | 열중합형의치상용레진,<br>다중중합레진치아,<br>코발트크롬 금속류 |                                                             |
|        | ※ 귀금속(금, 티타늄 등) 사용틀니는 급여제외                                                               |                                       |                                                             |
| 틀니단계   | 1~5단계                                                                                    |                                       | 1~6단계                                                       |
| 임시틀니   | 완전틀니 제작을 전제로 발치 후 임시 완전틀니 제작이 필요한 자                                                      |                                       | 부분틀니 제작을 전제로 임시부분틀니 제작이 필요한 자(기존틀니보유자 제외)                   |
| 시행일    | 레진상 완전틀니                                                                                 | 금속상완전틀니                               | 2013.7.1.                                                   |
|        | 2012.7.1.                                                                                | 2015.7.1.                             |                                                             |
| 본인부담률  | 요양급여비용 총액의 50%<br>※ 차상위대상자 : 희귀난치성질환자(20%), 만성질환자(30%)<br>※ 의료급여대상자 : 1종(20%), 2종(30%)   |                                       |                                                             |
| 급여적용기간 | 7년에 1회(1악당), 추가보상 불가<br>※ 구강상태가 심각하게 변화되어 새로운 틀니가 필요하다는 의학적 소견이 있는 경우에만 한하여 추가 1회 급여가 가능 |                                       |                                                             |
| 무상보상기간 | 틀니 장착 후, 3개월에 6회에 한하여 시술료 없이 진찰료만 산정                                                     |                                       |                                                             |

※ '12.7.1.~'15.6.30. - 만75세 이상

## 2. 노인틀니 건강보험 대상자 신청방법 및 절차

### 1) 등록방법 및 절차



① 치과 병·의원에서 노인틀니 급여 대상자 판정

② 환자는 노인틀니 시술을 받을 요양기관에서 시술 동의 후, 등록 신청

③ 치과 병·의원에서 '요양기관 정보마당(<http://medi.nhis.or.kr>) - 회원서비스 - 노인틀니 급여관리 -틀니 대상자 신청/조회'에서 등록  
→ 등록결과 확인

※ 「건강보험 틀니 대상자 등록신청서」를 공단(지사)에 제출하여도 등록 가능  
(팩스 접수 시는 환자 신분증 사본 필요)

☞ 의료급여는 관할 보장기관(시군구)에서 등록 가능

④ 등록확인 후 시술

- 노인틀니는 여러 단계로 나뉘어 시술이 진행되는 진료단계별 부분 포괄수가로  
각 단계별로 차지하는 비율에 따라 비용 부담

| 단계 | 완전틀니(레진상 / 금속상) |                   | 부분틀니           |            |
|----|-----------------|-------------------|----------------|------------|
|    | 진료내용            | 비율(%) (누적)        | 진료내용           | 비율(%) (누적) |
| 1  | 진단·치료계획         | 15 / 13           | 진단·치료계획        | 12         |
| 2  | 인상 채득           | 25 (40) / 27 (40) | 지대치 형성 및 인상 채득 | 14 (26)    |
| 3  | 악간 관계 채득        | 15 (55) / 21 (61) | 금속구조물 시적       | 30 (55)    |
| 4  | 납의치 시적          | 20 (75) / 17 (78) | 최종 악간 관계 채득    | 9 (65)     |
| 5  | 의치장착·조정         | 25(100) / 22(100) | 납의치 시적         | 8 (73)     |
| 6  |                 |                   | 의치장착·조정        | 27 (100)   |

※ 제작 도중 타 병원 전원은 제한되며, 중단 시 해당 단계까지 비용 부담

### 2) 등록내역 변경/해지/취소 신청 방법

① 변경/취소 신청(요양기관 요청)

- 변경 : 「건강보험 틀니 대상자 변경/해지/취소 신청서」 및 해당 증빙자료  
(진료기록부 사본 등)을 공단으로 제출

- 취소 : 「건강보험 틀니 대상자 변경/해지/취소 신청서」를 공단으로 제출  
(요양급여비용 청구 건의 경우 건강보험심사평가원으로 요양급여비용  
자진환수 신청 후, 해당 환수내역을 첨부하여 신청)

\* 팩스, 내방, 우편

## ② 해지 신청(수진자 요청)

- 해지 : 수진자가 임의로 등록내역의 해지를 요청할 경우 「건강보험 틀니 대상자  
변경/해지/취소 신청서」를 공단으로 제출

※ 7년간 급여 제한

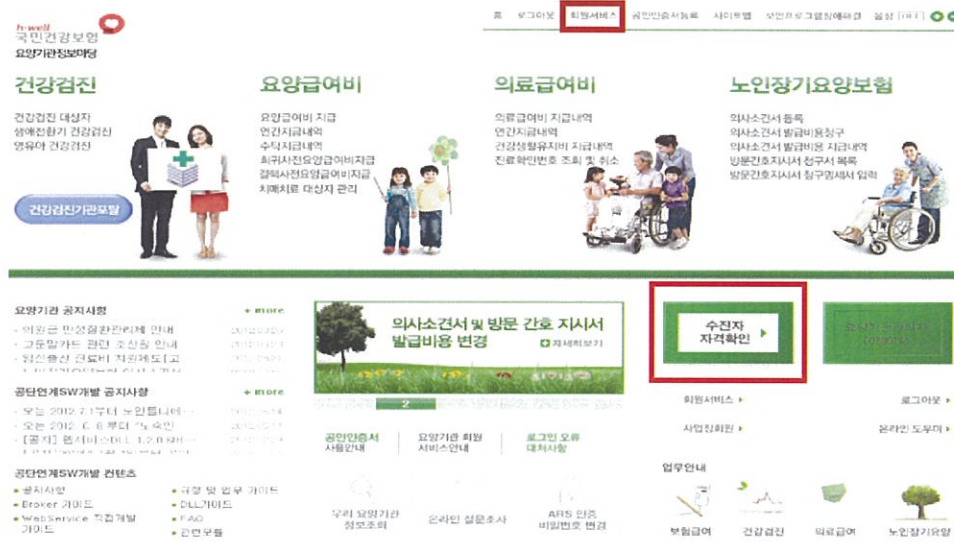
\* 내방, 우편, 팩스-수진자 신분증 사본 첨부

### 3. 틀니 대상자 전산 등록방법 ※ 의료급여대상자는 관할 시군구에서 등록

#### 1) 틀니 대상자 자격확인

##### 1.1 요양기관정보마당(<http://medi.nhis.or.kr>) 사이트 접속

→ 로그인(공인인증서) → 수진자 자격확인 클릭(또는 회원서비스 클릭)



##### 1.2 노인틀니 급여관리 메뉴 클릭



### 1.3 ‘틀니 대상자 자격확인’ 메뉴 클릭

h-well 국민건강보험  
요양기관정보마당

로그아웃 회원서비스 공인인증서등록 사이트맵 모바일로그인상세해설 음성 [094]

온라인 도우미  
사업장 회원

요양기관서비스

**회원서비스**

- 기본정보
- 연간지급내역통보서
- 수진자 자격확인
- 외국인 자격확인
- 산정특례 자격확인
- 노인틀니 급여관리
- 틀니 대상자 자격확인**
- 틀니 대상자 신청/조회
- 틀니 급여서비스 안내
- 의료급여 노인틀니
- 치매치료 대상자 관리
- 요양급여비 지급
- 회귀사전요양급여비 지급
- 결핵사전요양급여비 지급

※ 건강보험 틀니 기 등록 대상자 등록여부 확인

주민등록번호  성명  진료일자 2012-09-11

**틀니정보[상악]**

|       |                      |            |                      |
|-------|----------------------|------------|----------------------|
| 등록번호  | <input type="text"/> | 요양기관기호     | <input type="text"/> |
| 틀니장착일 | <input type="text"/> | 무상사후기간 종료일 | <input type="text"/> |
| 시작일   | <input type="text"/> | 종료일        | <input type="text"/> |

**틀니정보[하악]**

|       |                      |            |                      |
|-------|----------------------|------------|----------------------|
| 등록번호  | <input type="text"/> | 요양기관기호     | <input type="text"/> |
| 틀니장착일 | <input type="text"/> | 무상사후기간 종료일 | <input type="text"/> |
| 시작일   | <input type="text"/> | 종료일        | <input type="text"/> |

#### ○ 틀니 대상자 등록내역 확인 가능

- ☞ 동 병원 또는 타 병원에서 등록한 내역을 확인할 수 있음
  - 수진자 주민등록번호/성명을 입력한 후 ‘조회하기’ 클릭
  - 등록내역 확인 가능
  - 등록된 내역이 없을 경우, ‘틀니 대상자 신청/조회’ 에서 대상자 등록 신청

#### ※ 항목설명

- ☞ 등록번호 : 틀니 대상자 관리번호
- ☞ 요양기관기호 : 틀니 대상자로 등록된 치과 병원
- ☞ 틀니장착일 : 틀니 최종 시술이 끝나 환자에게 틀니 장착한 날(5단계 진료일)
- ☞ 무상사후기간 종료일 : 틀니 장착일로부터 3개월
- ☞ 시작일 : 틀니 시술시작일 (단, 자격변동자는 건강보험자격 취득일임)
- ☞ 종료일 : 시작일로부터 7년, 틀니장착 후는 틀니장착일로부터 7년  
(단, 자격변동자는 건강보험 자격 상실일임)

## 2) 틀니 대상자 신청/조회

### 2.1 틀니 대상자 신청/조회

**틀니 대상자 신청/조회**

사용방법 등 문의사항은 [고양일산지사] : [031]909-2380~51 로 문의하시거나, [분부] [급여보장실]로 연락하시기 바랍니다.  
청구관련 문의는 심명원(1644-2000)으로 문의해 주세요. [사용자질 및 서식 다운로드]

⑦ 신청서 출력 ⑧ 안내서 출력

① 주민등록번호 ② 성명 ③ 주소 ④ 성별 ⑤ 연령 ⑥ 전화번호

⑦ 신청하기 ⑧ 재검상환틀니 신청 ⑨ 급속상환틀니 신청 ⑩ 부분틀니 신청 ⑪ 저장하기 ⑫ 삭제하기

**수진자 정보**

건강보험증번호 가입자(제대주)  
성명 주민번호  
휴대전화 전화번호  
주소 우편번호 조회  
주요정보방법 SMS [개인정보보호법상 신청시 주소는 표시되지 않습니다]  
※ [수진자 자격 확인] 메뉴에서 [기 등록] 여부 확인을 선택하시기 바랍니다. 등록번호 [자동생성]

**요양기관 확인란**

시술부위 상악 하악 틀니종류 선택  
시술시작일 임시틀니제작여부 임시틀니제작  
요양기관번호 011008-20 국민주권보장국단일번호  
상환코드 0938 발발일자  
의사면허번호 확인하기 담당의사성명

**신청인 정보**

신청자성명 수진자와의 관계 선택  
신청일자 정보공개 동의여부 동의함  
신청자성명 수진자와의 관계 선택  
신청일자 정보공개 동의여부 동의함

#### ① 주민등록번호와 성명을 입력한 후 '조회하기' 클릭

- 동 병원에서 등록한 내역이 있을 경우, 등록된 내역이 조회됩니다.
- 동 병원에서 등록한 내역이 없을 경우, ②'신청하기'를 누른 후 입력합니다.

#### ②③④ 틀니종류에 맞춰 대상틀니 신청 클릭

- 기본 정보는 자동으로 표시되며, **필수입력사항\*** 을 포함하여 빈칸없이 모두 기재합니다.
- 수진자 주민등록번호 : 수진자 주민등록번호를 입력(만 70세 이상 가능)
- 휴대전화번호 : 수진자 휴대전화번호 입력, 없을 경우 보호자의 휴대전화번호 입력
- 전화번호 : 수진자 전화번호를 입력, 없을 경우 휴대전화번호 입력
- 시술부위 : 시술 받는 부위를 선택합니다.

상악, 하악을 각각 또는 동시에 선택 가능하며, 동시 선택시는 틀니종류, 시술시작일 등이 동일해야 합니다. 상·하악을 동시에 선택하여 입력하더라도 등록번호는 각각 생성됩니다.

※ 기존 보건소무료틀니사업 수혜내역이 있을 경우, 시술부위 클릭 시 메시지창이 뜨며 선택되지 않습니다.

※ 상하악 동시 선택 시 ⑩의 ‘상악보기’, ‘하악보기’ 버튼이 생성되며, 각각 조회됩니다.

\* 주민번호를 넣고 조회된 상태에서 상악의 내용이 먼저 보이며 하악을 보려면 ‘하악보기’를 클릭합니다. 다시 상악을 보려면 ‘상악보기’를 클릭합니다.  
신청서를 출력하려면 상,하악 각각 조회한 후 각각 출력합니다.

- 틀니종류 : 시술 받는 틀니 종류를 선택합니다.  
(레진상완전틀니, 금속상완전틀니, 부분틀니 중 택 1)
- 임시틀니를 제작할 경우 : ☐ 임시틀니제작 부분에 체크합니다.

④ 요양기관 확인란

|         |                                                         |          |                                 |
|---------|---------------------------------------------------------|----------|---------------------------------|
| 시술부위 *  | <input type="checkbox"/> 상악 <input type="checkbox"/> 하악 | 틀니종류 *   | 선택                              |
| 시술시작일 * | <input type="text"/>                                    | 임시틀니제작여부 | <input type="checkbox"/> 임시틀니제작 |

- 시술시작일 : 1단계 진료일 또는 임시틀니 시술시작일을 입력합니다.

※등록일이 자동 세팅되며 별도 입력 가능

- 발행일자 : 의사의 발행일자를 입력합니다.

※등록일이 자동 세팅되며 별도 입력 가능

- 의사면허번호 : 요양기관 확인사항을 기재한 치과의사 면허번호를 입력합니다.  
☞ 치과의사 면허번호 입력 후, ⑨ ‘확인하기’ 버튼을 누르면 치과의사 성명은 자동 세팅됨. 별도 입력 불가

④ 요양기관 확인란

|          |                                                         |          |                                 |
|----------|---------------------------------------------------------|----------|---------------------------------|
| 시술부위 *   | <input type="checkbox"/> 상악 <input type="checkbox"/> 하악 | 틀니종류 *   | 선택                              |
| 시술시작일 *  | <input type="text"/>                                    | 임시틀니제작여부 | <input type="checkbox"/> 임시틀니제작 |
| 요양기관기호   | 31100678                                                | 요양기관명    | 국민건강보험공단일산병<br>0338             |
| 상병코드     | <input type="text"/>                                    | 발행일자 *   | <input type="text"/>            |
| 의사면허번호 * | <input type="text"/>                                    | 담당의사성명   | <input type="text"/>            |

- 신청인 성명 : 신청인 성명을 입력합니다. 신청인은 수진자 본인 또는 가족이어야 합니다.

- 신청인 관계 : 수진자와의 관계를 입력합니다.

④ ‘저장하기’ 클릭

- 입력이 끝나면 ‘저장하기’를 클릭합니다.

- 입력한 내용이 저장되며, 저장 즉시 ‘등록번호’가 자동 생성됩니다.(등록완료)

- 등록내역이 수진자의 휴대전화번호로 문자 발송됩니다.

⑤ ‘삭제하기’ ※ **부분틀니** 등록자가 **완전틀니**를 등록하게 되는 경우 **당일 삭제 불가**

- 착오입력 하였을 경우, 당일 입력한 건에 한해 삭제(등록취소)가 가능합니다.

- 먼저, 주민등록번호를 넣고 조회합니다.

- ⑤‘삭제하기’를 클릭합니다. 상악, 하악을 등록하였을 경우, 삭제는 한번에 한 악만 가능합니다.

※ 당일 경과건은 공단(지사)으로 변경/해지/취소 신청서를 작성하고 필요 시 증빙자료(진료기록부 등)를 첨부하여 제출합니다.

▪ 변경 시 : 시술시작일, 요양기관기호, 치과의사면허번호 등을 변경할 경우 변경신청서를 작성하고 진료기록부 등 증빙자료를 같이 제출합니다.(시술부위, 틀니종류 변경은 취소 참고)

▪ 취소 시 :

i) 시술부위, 틀니종류를 잘못 입력하였을 경우,

취소신청서를 작성하고 진료기록부 등 증빙자료를 같이 제출합니다. 공단(지사)에서 등록내역을 취소처리한 것을 확인한 후 다시 등록합니다.

ii) 등록내역을 취소하고자 할 경우,

시술이 시작되기 전에만 등록내역을 취소할 수 있습니다. 취소신청서를 작성하여 공단(지사)으로 제출합니다.

※ 의료급여 대상자가 틀니제작 중간에 건강보험으로 자격이 변동되었을 경우, 별도의 추가등록은 필요 없습니다. 자동으로 연계되어 건강보험의 틀니 대상자로 등록되며 새로운 등록번호가 생성됩니다.  
단, 자격변동신고일로부터 7~10일정도가 소요됩니다.  
급여비용 청구 시 건강보험 등록번호를 확인한 후 청구하시면 됩니다.

## 2.2 신청서 접수 방법

방법1) 환자가 신청서를 직접 작성하여 요양기관에서 접수한 경우, 요양기관에서는 신청서 원본을 차트에 보관하고, ‘요양기관 정보마당’에 등록 신청합니다.

방법2) 별도의 신청서 작성 없이 병원에 바로 ‘요양기관 정보마당’에 등록하는 경우, 등록 완료 후 ⑦‘신청서 출력’버튼을 눌러 출력한 후 환자 서명을 받아 차트에 보관합니다.

i) ‘저장하기’를 눌러 등록완료 되면 ⑦‘신청서출력’ 버튼을 클릭합니다. 신청서와 같은 형식의 입력된 사항이 확인되며 ‘인쇄’ 버튼을 누르면 출력가능

**※ 출력 후, 반드시 개인정보 동의란의 동의함에 체크한 후 수진자 본인의 서명을 받아 보관합니다.**

ii) 신청서와는 별개로, 환자에게 노인틀니 급여서비스에 대한 안내가 필요할 경우 ⑧‘안내서출력’을 클릭하여 인쇄하여 사용 (실제 신청서 뒷면과 동일 내용)

[별지1]

## 건강보험 틀니 대상자 등록 신청서

①( ☐ 신규      ☐ 재등록 )

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

| 등록번호                                                                                                                                                              | 상악<br>하악                    | 접수일자                                                                                  |                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ②수진자                                                                                                                                                              | 성명                          | 주민등록번호                                                                                | 건강보험증번호                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                   | 주소 (                      ) |                                                                                       | 휴대전화                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                   | 자택전화                        | 등록결과 <input checked="" type="checkbox"/> 문자서비스(SMS)<br>통보방법      ※ 요양기관에서 등록 결과 확인 가능 |                                                                                                          |
| ③요양기관<br>확인란                                                                                                                                                      | 상병명                         | 사고, 발치 또는 국한성<br>치주병에 의한 치아상실                                                         | 상병기호      K08.1                                                                                          |
|                                                                                                                                                                   | 시술시작일                       |                                                                                       |                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                   | 확인사항                        | (1) 시술 부위                                                                             | <input type="checkbox"/> 상악 <input type="checkbox"/> 하악                                                  |
|                                                                                                                                                                   |                             | (2) 틀니 종류                                                                             | <input type="checkbox"/> 완전틀니 (레진상) <input type="checkbox"/> 부분틀니<br><input type="checkbox"/> 완전틀니 (금속상) |
|                                                                                                                                                                   |                             | (3) 임시틀니 여부                                                                           | <input type="checkbox"/> 제작 <input type="checkbox"/> 미제작                                                 |
|                                                                                                                                                                   | 위에 기록한 사항이 사실임을 확인함         |                                                                                       |                                                                                                          |
| 년      월      일<br>요양기관기호, 명칭 :                      ,                      (요양기관 직인)<br>담당 치과의사 면허번호, 성명 :                      ,                      (서명 또는 인) |                             |                                                                                       |                                                                                                          |

위와 같이 건강보험 틀니 대상자 등록을 신청합니다.

년      월      일  
 ④신청인                      (서명 또는 인)  
 수진자와의 관계 (                      )      전화번호 (                      )

국민건강보험공단 이사장 귀하

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>○ 본인은 건강보험 틀니 대상자로 신청하거나 대상자로 선정·등록된 자로, 개인정보보호법 제15조제1항제1호 규정에 의거하여 본인의 개인정보<sup>1)</sup>를 처리할 것을 동의합니다.      <input type="checkbox"/> 동의함      <input type="checkbox"/> 동의하지 않음</p> <p>○ 본인은 건강보험 틀니 대상자로 신청하거나 대상자로 선정·등록된 자로, 개인정보보호법 제23조제1호 규정에 의거하여 본인의 민감정보<sup>2)</sup>를 처리할 것을 동의합니다.      <input type="checkbox"/> 동의함      <input type="checkbox"/> 동의하지 않음</p> <p>○ 본인은 건강보험 틀니 대상자로 신청하거나 대상자로 선정·등록된 자로, 개인정보보호법 제24조제1항 제1호 규정에 의거하여 본인의 고유식별정보<sup>3)</sup>를 처리할 것을 동의합니다.      <input type="checkbox"/> 동의함      <input type="checkbox"/> 동의하지 않음</p> <p>위의 사항을 확인 합니다.</p> <p style="text-align: right;">         년      월      일<br/>         ⑤ 수진자 본인                      (서명 또는 인)       </p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

국민건강보험공단 이사장 귀하

210mm×297mm[일반용지(재활용품) 60g/㎡]

1) 개인정보보호법 제2조에 의한 “개인정보”란 살아있는 개인에 관한 정보로서 성명, 주민등록번호 및 영상 등을 통하여 개인을 알아볼 수 있는 정보(해당 정보만으로는 특정 개인을 알아볼 수 없더라도 다른 정보와 쉽게 결합하여 알아볼 수 있는 것을 포함한다)를 말한다.

2) 개인정보보호법 시행령 제18조에 따른 민감정보 : 개인정보보호법 제23조에 따른 사상·신념, 노동조합·정당의 가입·탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 사생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보(유전자검사 등의 결과로 얻어진 유전정보, 「형의 실효 등에 관한 법률」 제2조 제5조에 따른 범죄경력자료에 해당하는 정보)

3) 개인정보보호법 시행령 제19조에 따른 고유식별정보 : 「주민등록법」 제7조 제3항에 따른 주민등록번호, 「출입국관리법」 제31조 제4항에 따른 외국인 등록번호 등

## 노인틀니 급여 서비스 안내

- **만 70세 이상**(☞ 2015.6.30.이전 : 만75세 이상)으로,
  - **완전틀니(레진상, 금속상)**는 상악 또는 하악에 치아가 전혀 없는 어르신이
  - **부분틀니**는 상악 또는 하악에 부분 치아결손으로 남은 치아를 이용하여 부분틀니 제작이 가능한 어르신에게 건강보험이 적용됩니다.
- 건강보험이 적용되는 틀니는 **레진상 및 금속상 완전틀니, 클라스크(고리) 유지형 부분틀니**입니다.(피개의치, 귀금속 재료 틀니, Telescopic, Attachment 부분 틀니 등은 비급여)
- 건강보험 대상자 본인부담금은 **요양급여비용 총액의 50%, 각 단계별 비율로 부담합니다.**

| 단계 | 완전틀니(레진상 / 금속상) |                   | 부분틀니           |            |
|----|-----------------|-------------------|----------------|------------|
|    | 진료내용            | 비율(%) (누적)        | 진료내용           | 비율(%) (누적) |
| 1  | 진단·치료계획         | 15 / 13           | 진단·치료계획        | 12         |
| 2  | 인상 채득           | 25 (40) / 27 (40) | 지대치 형성 및 인상 채득 | 14 (26)    |
| 3  | 악간 관계 채득        | 15 (55) / 21 (61) | 금속구조물 시적       | 30 (55)    |
| 4  | 납의치 시적          | 20 (75) / 17 (78) | 최종 악간 관계 채득    | 9 (65)     |
| 5  | 의치장착·조정         | 25(100) / 22(100) | 납의치 시적         | 8 (73)     |
| 6  |                 |                   | 의치장착·조정        | 27 (100)   |

- 차상위대상(희귀난치성질환자 20%, 만성질환자 30%), 의료급여(1종 20%, 2종 30%)
- 틀니 장착 후, 무상 수리는 **3개월 이내 6회(진찰료만 부담)**까지 가능합니다.
  - 무상 수리기간 종료 후 첨상(Relining) 및 개상(Rebasing) 등 필수 유지관리행위는 보험적용되며, 기존 레진상 또는 금속상 완전틀니 또는 클라스크 부분틀니가 있는 분도 유지관리행위가 보험 적용 됩니다.
- 틀니 급여주기는 **7년(약당)에 1회**입니다.
  - 틀니 제작 도중 병원을 옮기거나, 7년 이내에 환자 부주의로 새로 틀니를 제작 할 경우는 비급여로 적용됩니다.
- **임시틀니(완전)는 완전틀니(레진상, 금속상) 제작 전 치아를 새로이 발치한 무치악 환자가 희망하는 경우, 임시틀니(부분)은 클라스크 부분틀니 제작을 전제로 음식섭취 또는 대외활동이 어려워 제작을 원하는 경우** 건강보험이 적용됩니다.(본인부담률 50%)

## 유의사항 및 작성방법

### 유의사항

1. '재등록'은 구강상태가 심각하게 변화되어 새로운 틀니가 필요한 경우, 7년 이내에 재제작할 수 있으며, 신청서 및 증빙자료를 첨부하여 공단으로 제출하여야 합니다.
2. ② 요양기관 확인란 확인사항의 (1)~(2)번이 모두 확인되어야 건강보험 틀니 대상자로 등록이 가능합니다.
3. 요양기관 확인란은 반드시 치과의사가 확인하여야 합니다.
4. 틀니 대상자 등록신청서 발급 비용은 진찰료에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.

### 작성방법

- ① : 처음 건강보험 틀니 대상자로 등록하는 경우에 '신규'에 √ 표시하고, 건강보험 틀니를 7년 이내에 재제작하고자 할 경우 '재등록'에 √ 표시합니다.
- ② : 수진자의 성명을 한글로 기재하고, 건강보험증에 기재된 주민등록번호를 기재합니다.
  - 외국인(재외국민)은 외국인 및 재외국민 등록번호를 기재합니다.
  - 자택 및 휴대전화 중 하나를 반드시 기재합니다. 기재한 휴대전화번호로 틀니대상자 등록 결과가 통보됩니다.
- ③ : 요양기관에서 기재하는 항목입니다.
  - 시술시작일은 1단계 진료일이나 임시틀니 시작일을 정확히 기재하여야 합니다.
- ④ : 신청인은 다음에 해당하는 사람이어야 합니다.
  - 수진자(만70세 이상 건강보험 가입자 및 피부양자)
  - 가족 : 「민법」 제779조에 따른 가족으로 배우자, 직계혈족, 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매
- ⑤ : 틀니 보험급여를 위해서는 반드시 수진자 본인이 개인정보에 관련 사항 동의 및 확인이 필요하므로 수진자 본인이 서명을 하거나 인장을 찍어야 합니다.

[별지2]

## 건강보험 틀니 대상자 변경/해지/취소 신청서

※ 아래 유의사항 및 작성방법을 참고하여 작성해 주시기 바랍니다.

|                       |            |                                                            |                 |           |
|-----------------------|------------|------------------------------------------------------------|-----------------|-----------|
| ①<br>비<br>록<br>내<br>역 | 등록<br>번호   | <input type="checkbox"/> 상악<br><input type="checkbox"/> 하악 | 틀니<br>종류        | 시술<br>시작일 |
|                       | 수진자<br>정보  | 성명<br>주민번호                                                 | 건강보험증번호<br>전화번호 |           |
|                       | 요양기관<br>정보 | 요양기관기호                                                     | 요양기관명           | 전화        |

|                                               |      |                                                           |                                                                                              |
|-----------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ②변경                  | 변경신청 | 신청구분                                                      | <input type="checkbox"/> 수진자 요청 <input type="checkbox"/> 요양기관 요청 <input type="checkbox"/> 기타 |
|                                               | 변경내용 | 항목                                                        | 변경 전    변경 후                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> ③해지                  | 해지신청 | 신청구분                                                      | <input type="checkbox"/> 수진자 요청                                                              |
|                                               |      | 사유기재                                                      |                                                                                              |
| ※ 시술시작일로부터 7년간 급여가 제한됩니다.                     |      |                                                           |                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> ④취소                  | 취소신청 | 신청구분                                                      | <input type="checkbox"/> 요양기관 요청                                                             |
|                                               |      | 사유기재                                                      |                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> ⑤청구여부                |      | <input type="checkbox"/> 청구안함 <input type="checkbox"/> 청구 |                                                                                              |
| ※ 요양급여비용 청구 요양기관은 자진환수(심사평가원에 신청) 후 내역 첨부 요함. |      |                                                           |                                                                                              |

위와 같이 건강보험 노인틀니 대상자 변경/해지/취소를(을) 신청합니다.

년 월 일

|                   |                               |                                                       |
|-------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 신청기관<br>또는<br>신청인 | <input type="checkbox"/> 요양기관 | 요양기관명(기호) : ( ) (직인)<br>담당 치과의사(면허번호) : ( ) (서명 또는 인) |
|                   | <input type="checkbox"/> 수진자  | ⑥ 신청인 : (서명 또는 인)<br>수진자와의 관계 ( ) 전화번호 ( )            |

국민건강보험공단 이사장 귀하

### 유의사항

1. 요양기관 요청에 의한 변경/취소는 반드시 요양기관 직인 및 치과의사의 서명이 있어야 합니다.
2. 신청한 내용에 대한 변경사항이 있을 경우, 변경 항목을 기재하여 신청합니다.  
※ 시술부위, 틀니종류에 대한 변경 : 공단에 취소신청 후 요양기관에서 다시 등록합니다.
3. ③'해지'는 수진자 요청에 의해서만 가능하며, 7년간 급여가 제한되므로 신중히 결정하셔야 합니다.
4. ④'취소'는 요양기관 요청에 의해서만 가능하며, 요양급여비용을 청구한 경우 합니다.

### 작성방법

- ① : 건강보험 틀니 대상자 등록 내역을 정확히 기재합니다.
- ②, ③, ④, ⑤ : 등록된 내용을 변경, 해지, 취소하고자 할 경우, 해당 항목에 √ 표시하고 관련내용을 기재합니다.
- ⑥ : 신청인은 수진자 본인 또는 가족(「민법」 제779조에 따른 가족으로 배우자, 직계혈족, 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매)입니다.

### 첨부서류

1. 요양기관 요청에 의한 변경/취소는 반드시 요양기관 직인 및 치과의사의 서명이 있어야 합니다.
2. 신청한 내용에 대한 변경사항이 있을 경우, 변경 항목을 기재하여 신청합니다.  
※ 시술부위, 틀니종류에 대한 변경 : 공단에 취소신청 후 요양기관에서 다시 등록합니다.
3. ③'해지'는 수진자 요청에 의해서만 가능하며, 7년간 급여가 제한되므로 신중히 결정하셔야 합니다.
4. ④'취소'는 요양기관 요청에 의해서만 가능하며, 요양급여비용을 청구한 경우 합니다.

210mm×297mm[일반용지(재활용품) 60g/㎡]

# 틀니 유지관리 행위 등록 개인정보 제공 동의서

|     |  |      |   |
|-----|--|------|---|
| 성 명 |  | 주민번호 | - |
|-----|--|------|---|

틀니 유지관리 행위(틀니 수리) 급여기준이 시술 행위별로 연간 횟수가 정해져 있어, 대상자별 횟수 관리를 위해 요양기관에서 공단 정보통신망에 시술일을 등록하여 요양기관이 조회할 수 있도록 개인정보 제공에 동의를 받고자 하며, 목적 이외의 다른 용도로 사용하지 않습니다.

## ■ 제3자에게 제공

- 틀니 유지관리 행위 대상자의 급여 정보는 국민건강보험공단이 공단 정보통신망을 통해 요양기관에 제공할 수 있음(유지관리행위별 횟수, 시술등록일 등)
- 의료급여, 보건소무료틀니사업의 틀니 유지관리행위 대상자 확인을 위해 사회복지통합관리망에 제공할 수 있음(유지관리행위별 횟수, 시술등록일 등)

## ■ 제3자에게 제공 시 개인정보 보유 및 이용 기간

- 틀니 유지관리 행위 대상자의 급여 정보를 국민건강보험공단이 공단 정보통신망을 통해 요양기관에 제공 시 : 1년
- 의료급여, 보건소무료틀니사업의 틀니 유지관리행위 대상자 확인을 위해 사회복지통합관리망에 제공 시 : 5년

○ 본인은 틀니 유지관리 행위를 위해, 개인정보보호법 제17조제1항제1호 규정에 의거하여 본인의 개인정보를 제3자에게 제공할 것을 동의합니다.

☐ 동의함

☐ 동의하지 않음

※ 개인정보 제공 동의 거부 권리 및 동의 거부에 따른 불이익 내용 또는 제한사항

- 귀하는 개인정보 제공에 거부할 수 있으며, 동의 거부 시 시술이력에 대한 입증을 하셔야 유지관리행위 급여가 가능합니다.

위의 사항을 확인 합니다.

년 월 일

수진자 본인

(서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

## 건강보험 틀니 유지관리 행위 등록내역 취소 신청서

※ 아래 유의사항 및 작성방법을 참고하여 작성해 주시기 바랍니다.

|                             |                                               |                                                         |                               |            |
|-----------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------|------------|
| <b>①<br/>등록<br/>내<br/>역</b> | 시술부위                                          | <input type="checkbox"/> 상악 <input type="checkbox"/> 하악 | 시술행위<br>항목                    | 시술<br>등록일자 |
|                             | 수진자<br>정보                                     | 성명                                                      |                               | 주민등록번호     |
|                             | 요양기관<br>정보                                    | 요양기관기호                                                  |                               | 요양기관명      |
| <b>②취소</b>                  | 취소사유                                          |                                                         |                               |            |
| <b>③청구<br/>여부</b>           | <input type="checkbox"/> 청구안함                 |                                                         | <input type="checkbox"/> 청구안함 |            |
|                             | ※ 요양급여비용 청구 요양기관은 자진환수(심사평가원에 신청) 후 내역 첨부 요함. |                                                         |                               |            |

위와 같이 건강보험 틀니 유지관리행위 등록내역 취소를 신청합니다.

년      월      일

|      |                |          |           |
|------|----------------|----------|-----------|
| 신청기관 | 요양기관명(기호) :    | (      ) | (직인)      |
|      | 전화 :           | (      ) |           |
|      | 담당치과의사(면허번호) : | (      ) | (서명 또는 인) |

국민건강보험공단 이사장 귀하

### 유의사항

1. 틀니 유지관리 행위를 등록한 요양기관에서만 신청이 가능합니다.
2. 반드시 요양기관 직인 및 치과의사의 서명이 있어야 합니다.

### 작성방법

- ① : 등록된 '틀니 유지관리 행위' 내용을 기재합니다.
- 수진자의 성명을 한글로 기재하고, 건강보험증에 기재된 주민등록번호를 기재합니다.
  - 외국인(재외국민)은 외국인 및 재외국민 등록번호를 기재합니다.
- ② : 등록내역을 취소하고자 하는 사유를 구체적으로 기재합니다.

## 건강보험 치석제거 등록내역 취소 신청서

※ 아래 유의사항 및 작성방법을 참고하여 작성해 주시기 바랍니다.

|               |                |                               |                             |
|---------------|----------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <b>① 등록내역</b> | 시술정보           | 급여항목<br><b>치석제거</b>           | 시술일자                        |
|               | 수진자<br>정보      | 성명                            | 주민등록번호                      |
|               | 요양기관<br>정보     | 요양기관기호                        | 요양기관명                       |
| <b>② 취소</b>   | 요양급여비용<br>청구여부 | <input type="checkbox"/> 청구안함 | <input type="checkbox"/> 청구 |
|               | 취소사유           |                               |                             |

위와 같이 건강보험 치석제거 등록내역 취소를 신청합니다.

년      월      일

|      |              |                    |      |
|------|--------------|--------------------|------|
| 신청기관 | 요양기관명(기호) :  | (      )           | (직인) |
|      | 전화 :         | (      )           |      |
|      | 담당의사(면허번호) : | (      ) (서명 또는 인) |      |

**국민건강보험공단 이사장 귀하**

### 유의사항

1. 치석제거를 등록한 요양기관에서만 신청이 가능합니다.
2. 반드시 요양기관 직인 및 치과의사의 서명이 있어야 합니다.
3. 요양급여비용 청구 요양기관은 자진환수(심사평가원에 신청) 후 내역 첨부 요함.

### 작성방법

- ① : 등록된 '치석제거' 내용을 기재합니다.
  - 수진자의 성명을 한글로 기재하고, 건강보험증에 기재된 주민등록번호를 기재합니다.
  - 외국인(재외국민)은 외국인 및 재외국민 등록번호를 기재합니다.
- ② : 등록내역을 취소하고자 하는 사유를 구체적으로 기재합니다.

210mm×297mm[일반용지(재활용품) 60g/㎡]