



衛生福利部

Ministry of Health and Welfare

全民健康保險爭議審議會

權益案件 申請書填表說明

註：若為醫事服務機構申報醫療服務費用，遭健保署核刪之爭議審議案件（醫療案件），不適用本填表說明。



權益案件申請書

衛生福利部全民健康保險爭議審議申請書

申請人	姓名/單位名稱	地 址	電 話	身分證統一編號 (或投保單位統一編號、 醫事服務機構代號)	
	(簽名或蓋章)				
代理人 (請附委託書正本， 倘為法定代理人，請檢附關係證明 文件影本)	(簽名或蓋章)				
衛生福利部 中央健康保險署 核定文件 (請檢附影本)	1. <input type="checkbox"/> 年 月 日 字 號			收受或 知悉 日期	年 月 日
	2. <input type="checkbox"/> 繳款單				
	3. <input type="checkbox"/> 其他				
請求事項					
事實及理由 (請以條列方式 ，簡要敘明)					
相關證據文件 (請以影本提供)					

此致 衛生福利部全民健康保險爭議審議會

中 華 民 國 年 月 日

填表說明：

- 一、本申請書如有磁片電子檔案者，請併同本申請書寄送。
- 二、如係投保單位或醫事服務機構申請，應加蓋投保單位或醫事服務機構印章及負責人印章。
- 三、請寄送至臺北市南港區 11558 忠孝東路 6 段 488 號(電話：(02)8590-7222)。



衛生福利部全民健康保險爭議審議申請書

申請人	姓名/單位名稱	地 址	電 話	身分證統一編號 (或投保單位統一編號、 醫事服務機構代號)
	(簽名或蓋章)			
代理人 (請附委託書正本，倘為法定代理人，請檢附關係證明文件影本)	(簽名或蓋章)			
衛生福利部 中央健康保險署 核定文件 (請檢附影本)	1. <input type="checkbox"/> 年 月 日 字 號			收受或 知悉 日期
	2. <input type="checkbox"/> 繳款單			
	3. <input type="checkbox"/> 其他			
請求事項				

「申請人」欄－誰是申請人？

- 以保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構為申請人。
- 投保單位得依其所屬保險對象之請求，代為辦理前項申請。

例如：(1) 健保署原核定文件之受文者。

(2) 繳款單之繳款人。

(3) 全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書之保險對象。

(4) 投保單位為其負責人或所屬員工以投保單位名義提出。

申請人	姓名/單位名稱	地 址	電 話	身分證統一編號 (或投保單位統一編號、 醫事服務機構代號)
	王○○ (簽名或蓋章)	○○市○○區○○ 路○號	(02)9999 9999	A99999999



衛生福利部全民健康保險爭議審議會申請書

申請人	姓名/單位名稱	地 址	電 話	身分證統一編號 (或投保單位統一編號、 醫事服務機構代號)
	(簽名或蓋章)			
代理人 (請附委託書正本，倘為法定代理人，請檢附關係證明文件影本)	(簽名或蓋章)			
衛生福利部 中央健康保險署 核定文件 (請檢附影本)	<input type="checkbox"/> 年 月 日 字 號 <input type="checkbox"/> 繳款單 <input type="checkbox"/> 其他			收受或 知悉 日期 年 月 日
請求事項				

「申請人」欄－簽名或蓋章注意事項

- 申請人如係法人或其他設有管理人或代表人之團體，應填寫法人或團體之代表人或管理人姓名，並加蓋其印章。
- 申請人如係醫事服務機構，另應填寫醫事服務機構之負責醫事人員，並應加蓋醫事服務機構及負責醫事人員印章。

申請人	姓名/單位名稱	地 址	電 話	身分證統一編號 (或投保單位統一編號、 醫事服務機構代號)
	王○○ (簽名或蓋章)	○○市○○區○○ 路○號	(02)9999 9999	A99999999



衛生福利部全民健康保險爭議審議會申請書

申請人	姓名/單位名稱	地 址	電 話	身分證統一編號 (或投保單位統一編號、 醫事服務機構代號)
	(簽名或蓋章)			
代理人	姓名/單位名稱	地 址	電 話	身分證統一編號 (或投保單位統一編號、 醫事服務機構代號)
(請附委託書正本，倘為法定代理人，請檢附關係證明文件影本)	(簽名或蓋章)			
衛生福利部 中央健康保險署 核定文件 (請檢附影本)	1. <input type="checkbox"/> 年 月 日 字 號	收 受 或 知 悉 日 期	年 月 日	
請求事項	2. <input type="checkbox"/> 繳款單			
	3. <input type="checkbox"/> 其他			

「代理人」欄 -

- 委託他人申請者，需附委託書正本
- 若為法定代理人，請附關係證明文件影本(如戶口名簿、戶籍謄本等)
- 無代理人者，此欄免填寫。

代理人 (請附委託書正本，倘為法定代理人，請檢附關係證明文件影本)	陳○○ (簽名或蓋章)	○○市○○區○○ 路○號	(02)8888 8888	B88888888
--------------------------------------	----------------	-----------------	------------------	-----------



填寫範例

衛生福利部全民健康保險爭議審議申請書

申請人	姓名/單位名稱	地 址	電 話	身分證統一編號 (或投保單位統一編號、 醫事服務機構代號)
代理人 (請附委託書正本， 倘為法定代理人， 請檢附關係證明 文件影本)	(簽名或蓋章)			
衛生福利部 中央健康保險署 核定文件 (請檢附影本)	1. <input type="checkbox"/> 年 月 日 字 號			收受或 知悉 日期
請求事項	2. <input type="checkbox"/> 繳款單			年 月 日
	3. <input type="checkbox"/> 其他			

「衛生福利部中央健康保險署核定文件」欄 -

請填寫健保署核定函之發文日期及文號，或勾選收到之保險費繳款單、其他文件(如核退核定通知書、重大傷病核定審查通知書等)

「收受或知悉日期」欄 -

- 請填寫收受或知悉核定文件之日期。
- 忘記收受或知悉者，本欄位不用填寫。

衛生福利部 中央健康保險署 核定文件 (請檢附影本)	1. <input type="checkbox"/> 年 月 日 字 號	收受或 知悉 日期	年 月 日
	2. <input type="checkbox"/> 繳款單		
	3. <input type="checkbox"/> 其他		



健保署核定文件外觀 1/2

1.公文(函)

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：(業務組) 市 路 號
傳真：
聯絡人及電話：
電子信箱：

受文者：陳○○先生

發文日期：中華民國103年 月 日
發文字號：健保 字第 號
類別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：見說明四

主旨：有關 台端申請核退自墊醫療費用案，復如說明，請 查照。

說明：

- 一、復 台端103年 月 日全民健康保險自墊醫療費用核退申請書及103年 月 日補附相關資料(本件受理號碼：103)。
- 二、依全民健康保險法第55條規定，保險對象於臺灣地區外，發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫，得申請核退自墊醫療費用。有關 台端102年 月 日至 月 日於臺灣地區外住院就醫，經本署專業審查，認定由所附病歷病人為糖尿病病患，主訴為四肢麻木伴肢體抽搐、頭昏數月，故可知為慢性症狀，病情非屬不可預期之緊急傷病，核與上開規定不符，所請核退醫療費用，本署核定不予給付。
- 三、台端對上開核定內容若不瞭解，請先洽本署承辦人，聯絡電話 ；如對核定內容有異議，得於收到本核定通知文件之次日起60日內，填具全民健康保險爭議審議申請書，並檢附本核定通知文件影本及有關文件

2.繳款單

衛生福利部中央健康保險署 繳款單

繳款人： 女士

繳款項目：103年04月保險費
應繳金額：129,603元

繳款金額：129,603元
繳款日期：103年05月3日
繳款時間：上午9時至下午4時
繳款地點：各區分局繳款處

繳款帳號：721061 363 41
查詢電話：
列印日期：103年05月15日

繳款地點：(繳款單)
繳款日期：103年05月15日

3.核定通知書

全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書

核定保險對象：
身分證號：
受款對象：
受款對象住址：(701)

項 目	金 額	衛生福利部中央健康保險署
1 申請(收據)金額	85,768	
2 核減金額	33,531	
3 不給付金額	752	
4 部分負擔	0	
5 欠費金額	0	
6 核付金額 6=1-2-3-4-5	51,485	

103.4.30

說明：

1. 檢附核定通知書。(本筆核退款項已轉入 台端指定帳戶內)
2. 核選擇單依照全民健康保險醫療費用審查及支付等相關規定辦理。
3. 不給付項目係依全民健康保險法第51條規定不在本保險給付範圍，例如營養飲食外之膳食費、掛號費、證明文件費等。
4. 本通知書列印之醫療費用差額得依所得稅法於年度申報所得稅時列舉扣除，請妥善保管。
5. 核定保險對象對本核定事項如有疑義，請來電洽詢 業務組承辦人員：許***** 電話：(07) 分機： 。
6. 核定保險對象對本署之核定如有異議，可於收到本通知書日之次日起60日內，填具全民健康保險爭議審議申請書(請自行填寫)，並檢附本核定通知書影本及有關文件資料，向衛生福利部全民健康保險爭議審議會(地址：台北市南港區忠孝東路六段488號。)申請審議。
7. 本件係以 收據正本 核定 非收據正本
8. 受理號碼： 核定日期：103/04/21



健保署核定文件類型 2/2

若收到核定文件型式為「公文」時，請勾選項1，並填入公文之發文日期及字號。

若對健保署所核發之保險費繳款單內容有爭議，請勾選項2。

文件影本)	(簽石							
衛生福利部 中央健康保險署 核定文件 (請檢附影本)	1. <input type="checkbox"/>	年	月	日	字	號	收受或 知悉 日期	
	2. <input type="checkbox"/>	繳款單						
	3. <input type="checkbox"/>	其他						

若收到核定文件型式為公文或繳款單以外之核定文件（如核定通知書），請勾選項3。



衛生福利部全民健康保險爭議審議申請書

申請人	姓名/單位名稱	地 址	電 話	身分證統一編號 (或投保單位統一編號、 醫事服務機構代號)	
	(簽名或蓋章)				
代理人 (請附委託書正本，倘為法定代理人，請檢附關係證明文件影本)	(簽名或蓋章)				
衛生福利部 中央健康保險署 核定文件 (請檢附影本)	1. <input type="checkbox"/> 年 月 日 字 號			收受或 知悉 日期	年 月 日
	2. <input type="checkbox"/> 繳款單				
	3. <input type="checkbox"/> 其他				
請求事項					
事實及理由 (請以條列方式 ·簡要敘明)					
請求事項					

「請求事項」欄 -

- 請填寫請求及爭議標的。
- 如原核定撤銷或核退自墊之醫療費用金額、免繳保險費、核發重大傷病證明等。



衛生福利部全民健康保險爭議審議申請書

申請人	姓名/單位名稱	地址	電話	身分證統一編號 (或投保單位統一編號、 醫事服務機構代號)
代理人 (請附委託書正本， 倘無法定代理人， 請檢附關係證明 文件影本)	(簽名或蓋章)			
衛生福利部 中央健康保險署 檢定文件 (請檢附影本)	1. <input type="checkbox"/> 年 月 日 字 號 2. <input type="checkbox"/> 繳款單 3. <input type="checkbox"/> 其他		收受或 知悉 日期	年 月 日
事實及理由 (請以條列方式 ，簡要敘明)				
相關證據文件 (請以影本提供)				

「事實及理由」欄—
填寫申請審議之「事實」與「理由」，
請簡明扼要，以條列方式陳述。

此致 衛生福利部全民健康保險爭議審議會

事實及理由 (請以條列方式 ，簡要敘明)	
----------------------------	--



衛生福利部全民健康保險爭議審議會申請書

申請人	姓名/單位名稱	地 址	電 話	身分證統一編號 (或投保單位統一編號、 醫事服務機構代號)
代理人 (請附表註書正本， 請為法定代理人， 請檢附關係證明文件影本)	(簽名或蓋章)			
衛生福利部 中央健康保險署 核定文件 (請檢附影本)	1. 年 月 日 字 號		收受或 知悉 日期	年 月 日
請求事項	2. 繳款單 3. 其他			
事實及理由 (請以條列方式 ，簡要敘明)				
相關證據文件 (請以影本提供)				

此致 衛生福利部全民健康保險爭議審議會

中 華 民 國 年 月 日

填表說明：

- 一、本申請書如有磁片電子檔案者，請併同本申請書寄送。
- 二、如係投保單位或醫事服務機構申請，應加蓋投保單位或醫事服務機構印章及負責人印章。
- 三、請寄送至台北市南港區 11558 忠孝東路 6 段 488 號(電話：(02)8590-7222)。

相關證據文件
(請以影本提供)

「相關證明文件」欄一

- **必要檢附文件：**衛生福利部中央健康保險署核定文件影本。
- **其他**依案情斟酌填寫欲檢附之文件，如病歷、診斷證明書、其他證據或佐證文件影本，並請隨申請書檢附。
- **若無，則可免附。**



衛生福利部全民健康保險爭議審議會申請書

申請人 (簽名或蓋章)	姓名/單位名稱	地 址	電 話	身分證統一編號 (或投保單位統一年號、 醫事服務機構代號)
代理人 (請附委託書正本， 請為法定代理人， 請檢附關係證明文件影本)	(簽名或蓋章)			
衛生福利部 中央健康保險署 核定文件 (請檢附影本)	1. <input type="checkbox"/> 年 月 日 字 號 2. <input type="checkbox"/> 繳款單 3. <input type="checkbox"/> 其他			收受或 知悉 日期 年 月 日
請求事項				
事實及理由 (請以條列方式 簡要敘明)				
相關證據文件 (請以影本提供)				

日期欄一
於申請書填寫完畢後，請於此欄位加註填寫日期。

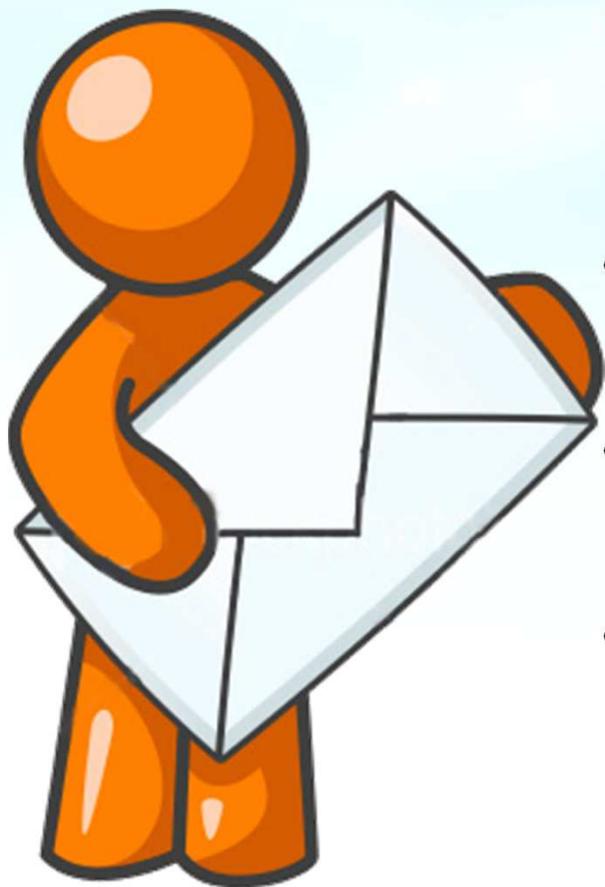
此致 衛生福利部全民健康保險爭議審議會

中 華 民 國 年 月 日

填表說明：
一、本申請書如有磁片電子檔案者，請併同本申請書寄送。
二、
三、

此致 衛生福利部全民健康保險爭議審議會

中 華 民 國 年 月 日



- 以掛號郵寄，郵寄前請再次檢查是否備齊已簽名或蓋章之申請書正本、健保署核定文件影本及其他相關證明文件
- 收件單位：
衛生福利部全民健康保險爭議審議會
- 地 址：
臺北市南港區忠孝東路6段488號
- 聯絡電話：
(02)8590-7222