

案情摘要

持有重大傷病證明之保險對象原則上須於重大傷病證明有效期間內就醫，並符合重大傷病證明所載病名之傷病或該傷病之相關治療，始得免除自行負擔費用；申請人系爭急、門診及住院就醫並非在其重大傷病證明有效期間內，依法即應自付部分負擔費用。

衛部爭字第 1103403066 號

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、就醫地點：○○○○○○○醫院（以下簡稱○○醫院）。</p> <p>二、就醫情形：</p> <p>（一）110年2月26日急診。</p> <p>（二）110年2月26日至3月10日住院。</p> <p>（三）110年3月15日（3次）、4月12日、5月10日及6月7日門診。</p> <p>三、醫療費用：新臺幣（下同）7萬5,923元（含部分負擔費用9,408元，其中110年6月7日門診部分負擔為420元）。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>（一）110年2月26日急診、2月26日至3月10日住院、3月15日（3次）、4月12日、5月10日門診：係重大傷病證明生效前（急）門診、住院，與重大傷病相關規定不符，不予給付醫療費用。</p> <p>（二）110年6月7日門診：核付部分負擔420元。</p> <p>五、申請人就健保署未准核退部分負擔費用部分不服，向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>（一）全民健康保險法第48條第1項第1款及第2項。</p> <p>（二）全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第5條第1項、第6條第1項第1款及第2項。</p> <p>二、按「重大傷病證明，以保險人受理之日為生效日。」為全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第5條第1項所明定。又依同辦法第6條第1項第1款及第2項規定：「（第1項第1款）保險對象持有有效期間內重大傷病證明就醫，其免自行負擔費用範圍如下：一、重大傷病證明所載傷病，或經診治醫師認定與該傷病相關之治療。」</p> <p>「（第2項）保險對象如因重大傷病住院，並於住院期間申請獲准發給該項重大傷病證明者，其當次住院免自行負擔費用；如住院期間之檢驗報告，於出院後始經確定診斷屬於重大傷病，並據以申請獲准發給該項重大傷病證明，其施行該確定診斷檢驗之當次住院及出院後之相關門診，亦免自行負擔費用。」，是持有重大傷病證明之保險對象原則上須於重大傷病證明有效期間內就醫，並符合重大傷病證明所載病名之傷病或該傷病之相關治療，始得免除自行負擔費</p>

用；而所指可回溯至重大傷病證明生效日前之住院及門診免部分負擔費用，係指申請獲准發給重大傷病證明之依據為該次住院期間所施行之檢驗結果，而於出院後始經確定診斷符合該重大傷病證明所載病名之情形，合先敘明。

三、本件經審查卷附診斷證明書、醫療費用收據、出院病歷摘要、檢查報告、全民健保重大傷病證明申請作業電腦查詢畫面等相關資料影本及健保署意見書、補充意見記載，認為：

(一) 本件申請人係由○○醫院於110年6月7日經由網路代為申請，經健保署核發診斷病名為「重症肌無力未伴有急性惡化」(診斷代碼：G7000)之重大傷病證明(效期為110年6月7日至113年6月6日)，而申請人系爭110年2月26日急診、2月26日至3月10日住院、3月15日(3次)、4月12日、5月10日門診就醫，既非在前開重大傷病證明有效期間內，自不符合前揭全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法規定，此部分系爭門、急診及住院之部分負擔費用，即應由申請人自行負擔。

(二) 申請人雖主張醫師協助申請其重大傷病證明時，採用的是110年2月26日至3月10日住院之檢查報告，且已核過，故應予核退部分負擔費用云云，惟經健保署意見書及補充意見陳明，略以該署考量疫情升級及審查醫師人力，自110年5月17日起重大傷病證明之申請案，以行政程序審查從寬同意為原則，查申請人110年6月7日透過○○醫院申請G7000(重症肌無力)之重大傷病證明，採行政核定，醫院未檢送相關資料，且該署調閱病歷資料，再送專業審查，認定申請人於○○○○醫院就醫後，110年2月26日到○○醫院住院尋求第二意見，然住院中經檢查胸腺、大腦影像及神經學重症肌無力相關檢查EMG、RST、AchR抗體皆屬正常，出院診斷為庫欣氏症候群及無力，未提及重症肌無力等語在卷，可見健保署核准發給申請人前開重大傷病證明之依據，並非申請人系爭110年2月26日至3月10日住院期間之檢驗報告資料，爰本件自無追溯至重大傷病證明生效日前之住院及門、急診免部分負擔費用規定之適用，所稱核有誤解。

四、綜上，健保署未准核退申請人系爭部分負擔費用，並無不合，原核定關於此部分應予維持。

據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第19條第1項規定，審定如主文。