

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 112 年 1 月 2 日至 3 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 2,131 元部分申請審議不受理。</p> <p>二、其餘申請審議駁回。</p>
事 實	<p>一、境外就醫地點：美國。</p> <p>二、就醫原因：頭暈及目眩、嘔吐（依健保署意見書記載）。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>（一）112 年 1 月 2 日至 3 日住院。</p> <p>（二）112 年 1 月 10 日門診。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）計 1 萬 6,084 元[含住院費用 1 萬 5,932 元]。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>（一）112 年 1 月 2 日至 3 日住院：按健保署公告「112 年 1、2、3 月份全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限」，住院每日 6,953 元，核退 1 日住院費用計 6,953 元，其餘醫療費用，不予核退。</p> <p>（二）112 年 1 月 10 日門診：不符不可預期之緊急傷病，不予給付。</p> <p>六、申請人主張其 112 年 1 月 2 日由急診轉住院，應將急診室和其他發生於急診期間的檢查治療費用(CT scan, laboratory, IV therapy, pharmacy)一併列入核退醫療費用考量云云，就住院醫療費用部分，向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>（一）全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款。</p> <p>（二）全民健康保險法第 55 條第 2 款。</p> <p>（三）全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項。</p> <p>（四）健保署 112 年 1 月 9 日健保醫字第 1120660036 號公告。</p> <p>二、本件依卷附申請人就醫資料、帳單(bill)影本及健保署意見書顯示，申請人於 112 年 1 月 2 日急診轉住院，1 月 3 日出院，醫療費用計美金 2 萬 586.85 元，申請人實際支付美金 522.7 元(折合新臺幣 1 萬 5,932 元)，健保署原核定已依核退上限，住院每日 6,956 元，核退 1 日住院費用 6,956 元，其餘住院費用 8,979 元(15,932 元 - 6,953 元 = 8,979 元)，查核如下：</p> <p>（一）關於住院醫療費用 2,131 元部分</p> <p>此部分申請人於 112 年 4 月 18 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意依帳單(bill)記載之「EMERGENCY ROOM, GENERAL」金額美金 2,754 元，按醫療總費用比例乘以申請人自付醫療費用[計算式：美金 2,754(急診室費用)/20,586.85(醫療</p>

總費用) $\times 522.7$ (自付總費用)=69.92(折合新臺幣 2,131 元)]，補核退 112 年 1 月 2 日急診轉住院之急診費用 2,131 元，並於 112 年 4 月 24 日以受理號碼 0000000000 全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書核付申請人在案，則重核補付醫療費用 2,131 元部分，申請爭議審議標的已不存在。

(二)關於其餘未准核退之住院醫療費用差額 6,848 元(8,979 元-2,131 元=6,848 元)部分

申請人雖主張應將急診室和發生於急診期間的檢查治療費用一併列入核退醫療費用考量云云，惟申請人並未檢附急診費用收據，而所附帳單(bill)固載有「IV THERAPY, GENERAL」、「LABORATORY」、「CT SCAN, HEAD SCAN」、「PHARMACY, GENERAL」、「PHARMACY」等費用，惟帳單記載費用時間為「01/02/23-01/03/23」，尚難遽以認定該等檢查或治療費用為急診費用，則健保署原核定依核退上限核退 1 日住院費用計 6,953 元，爭議審議補付「EMERGENCY ROOM, GENERAL」急診費用 2,131 元，其餘醫療費用差額 6,848 元，未准核退，於法並無不合。

三、綜上，原核定關於重新核定核退醫療費用 2,131 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘醫療費用，健保署未准核退，並無不合，原核定關於此部分應予維持。

據上論結，本件申請為部分不受理，部分無理由，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 18 條第 1 項第 4 款暨第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

部長 薛○○

中 華 民 國 112 年 月 日

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向衛生福利部(臺北市南港區忠孝東路 6 段 488 號)提起訴願。

相關法令：

一、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款

「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：四、原核定通知已不存在。」

二、全民健康保險法第 55 條第 2 款

「保險對象有下列情形之一者，得向保險人申請核退自墊醫療費用：二、於臺灣地區外，因罹患保險人公告之特殊傷病、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；其核退之金額，不得高於主管機關規定之上限。」

三、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項

「保險人審查結果，認應核退醫療費用時，應依下列規定及基準辦理：二、發生於臺灣地區外之案件：由保險人依本保險醫療費用支付及給付規定審查後核實給付。但申請費用高於其急診、門診治療日或出院之日前一季本保險支付特約醫院及診所急診每人次、門診每人次、住院每人日平均費用基準者，其超過部分，不予給付。」「前項第二款有關核退費用之基準，由保險人每季公告之。」

四、健保署 112 年 1 月 9 日健保醫字第 1120660036 號公告

「依據全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條，公告 112 年 1、2、3 月份全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限： 單位：元

項目 年月	門診 (每次)	急診 (每次)	住院 (每日)
112 年 1 月至 112 年 3 月	1,070	3,571	6,953

註：血液透析、論病例計酬案件，其核退上限，依實際接受門診、急診或住院之服務項目上限辦理。」