

審 定

主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：澳洲。</p> <p>二、就醫原因：右側腹股溝疝氣。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 111 年 7 月 7 日、18 日、19 日、20 日、8 月 4 日、5 日、12 日、15 日、16 日、18 日、22 日及 9 月 15 日計 12 次門診。</p> <p>(二) 111 年 7 月 29 日至 30 日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同) 1 萬 1,350 元(健保署列計 111 年 7 月 7 日、18 日、19 日及 9 月 15 日門診收據金額各 3,332 元、3,103 元、3,665 元及 1,250 元)。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 111 年 7 月 7 日及 18 日計 2 次門診：遲至 112 年 1 月 19 日始提出申請，已逾 6 個月內申請期限。</p> <p>(二) 111 年 7 月 19 日門診：經專業審查，按健保署公告之「111 年 7、8、9 月份全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限」，門診每次 1,094 元，給付 1 次門診費用計 1,094 元，其餘醫療費用，不予給付。</p> <p>(三) 111 年 7 月 20 日、8 月 4 日、5 日、12 日、15 日、16 日、18 日、22 日及 9 月 15 日計 9 次門診：111 年 7 月 20 日至 8 月 22 日計 8 次門診未附收據及診斷證明文件、111 年 9 月 15 日門診未附診斷證明文件，該署爰於 112 年 3 月 14 日以健保○字第 0000000000 號函通知補件在案，申請人於 112 年 5 月 9 日電郵申請延長補件，惟於 112 年 5 月 30 日電郵表示無法補件，所請核退，未便辦理。</p> <p>(四) 111 年 7 月 29 日至 30 日住院：未附繳費證明，且經專業審查不同意給付。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 55 條第 2 款及第 56 條第 1 項第 1 款。</p> <p>(二) 全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條、第 5 條第 1 項及附表、第 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項。</p> <p>(三) 改制前行政院衛生署(於 102 年 7 月 23 日改制為衛生福利部)91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函。</p> <p>(四) 健保署 111 年 7 月 6 日健保醫字第 1110661807A 號公告。</p> <p>二、關於 111 年 7 月 7 日及 18 日門診部分</p> <p>申請人於 111 年 7 月 7 日及 18 日門診就醫，依前揭全民健康保險</p>

法第 56 條第 1 項第 1 款前段規定，申請人應自各該次門診治療當日起 6 個月內之 112 年 1 月 7 日及 18 日向健保署提出醫療費用之申請，惟申請人遲至 112 年 1 月 19 日始向該署提出醫療費用核退之申請，有健保署○○業務組蓋於申請人申請系爭醫療費用之「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」上之收件章戳可按，復為申請人所不否認，該 2 次門診即已逾 6 個月申請期限，健保署未准核退，於法並無不合。

三、關於 111 年 7 月 19 日門診未准核退之醫療費用差額 2,571 元部分查申請人此次門診，健保署已依規定按核退上限每次 1,094 元，核付 1 次門診費用 1,094 元在案，其餘未准核退之醫療費用差額為超過核退上限之醫療費用計 2,571 元(3,665 元-1,094 元=2,571 元)，健保署未准核退，並無不合。

四、關於 111 年 7 月 20 日、8 月 4 日、5 日、12 日、15 日、16 日、18 日、22 日及 9 月 15 日計 9 次門診部分

(一)按全民健康保險法第 56 條第 2 項授權訂定之全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 1 項附表明訂：「申請核退醫療費用時應檢具之書據：三、診斷書或證明文件。」，是保險對象申請核退醫療費用，應檢具診斷書或證明文件，始得向健保署申請核退醫療費用，如有缺漏，健保署即無從據以審查及核退自墊醫療費用，審諸其意甚明。

(二)查申請人 111 年 7 月 20 日至 9 月 15 日期間 9 次門診，並無診斷書或證明文件供核，即與前揭全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 1 項之附表規定不符，經健保署以 112 年 3 月 14 日健保○字第 0000000000 號函請申請人於通知之日起 2 個月內補件，復經申請人於 112 年 5 月 9 日申請展延補件及 112 年 5 月 30 日再以電子郵件回復健保署不補件，則健保署不予核退各該次門診費用，經核並無不合。

五、關於 111 年 7 月 29 日至 30 日住院部分

此部分經綜整本部委請醫療專家審查意見、卷附就醫相關資料等影本顯示，申請人因右側腹股溝疝氣於 111 年 7 月 19 日門診就醫，業經健保署認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，並依規定核退在案，已如前述，依當日門診就醫時資料記載，預定於 111 年 7 月 29 日 (scheduled to occur on 29 July 2022) 接受腹腔鏡右側腹股溝疝補片修補術 (Laparoscopic mesh repair of right inguinal hernia)，足見 111 年 7 月 29 日至 30 日住院，係預先安排住院手術，且所附資料亦無情況緊急之相關記載，本次住院即難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，同意健保署意見，不予核退 111 年 7 月 29 日至 30 日住院費

用。

六、申請人主張其在國外工作，在工作搬重物時下腹疼痛，經檢查為疝氣，在當地就醫才能使用澳洲當地的工傷認定，包含帶薪入院治療以及進行勞動力減損評估，回國並無法認定工傷，需要請假回國無法符合澳洲當地的規定，因此有必要在外國就醫治療云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 查全民健康保險係強制性社會保險，雖肩負著保障全體國民健康之使命，惟基於財源之有限性與醫療資源分配正義性，以保險醫事服務機構所提供之適切、合理而有必要之基本醫療照護為前提。我國考量各國生活水準之差異，為維護整體保險對象權益之公平性，乃於全民健康保險法第 55 條第 2 款及第 56 條第 2 項規定：「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。」、「保險對象申請核退自墊醫療費用應檢具之證明文件、核退基準與核退程序及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。」，改制前行政院衛生署遂按上開法律授權訂定「全民健康保險自墊醫療費用核退辦法」，先予敘明。

(二) 依前開規定，保險對象至非本保險醫療機構就醫，以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者，始得申請核退醫療費用，該核退內容自亦以適切、合理而有必要之緊急處置為限，又依改制前行政院衛生署 91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函釋意旨，前揭核退辦法並賦予保險人對臺灣地區外之核退案件，依例外從嚴之法理，有審核其醫療是否適當且合理之權限，亦有臺北高等行政法院 100 年度簡字第 767 號判決及臺灣士林地方法院 107 年度簡字第 20 號行政訴訟判決可資參照。

(三) 本件申請人系爭 12 次門診及 1 次住院，其中 111 年 7 月 7 日及 18 日 2 次門診部分已逾 6 個月申請期限、111 年 7 月 19 日門診業經健保署依規定核付費用、111 年 7 月 20 日至 9 月 15 日期間計 9 次門診部分未依規定檢附診斷證明文件，其餘 111 年 7 月 29 日至 30 日住院部分，除經有審核權限之機關健保署審查判斷外，本部復依前開規定，再委請醫療專家就申請人檢附之前開就醫資料專業判斷結果，亦認為申請人系爭住院非屬因不可預期之緊急傷病而就醫，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

七、綜上，健保署未准核退系爭醫療費用，並無不合，原核定應予維持。

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。

中 華 民 國 112 年 8 月 28 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。」

二、全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款

「保險對象依前條規定申請核退自墊醫療費用，應於下列期限內為之：一、依第一款、第二款或第四款規定申請者，為門診、急診治療當日或出院之日起六個月內。但出海作業之船員，為返國入境之日起六個月內。」

三、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條

「本法第五十五條第一款及第二款所定緊急傷病，其範圍如下：

- 一、急性腹瀉、嘔吐或脫水現象者。
- 二、急性腹痛、胸痛、頭痛、背痛（下背、腰痛）、關節痛或牙痛，需要緊急處理以辨明病因者。
- 三、吐血、便血、鼻出血、咳血、溶血、血尿、陰道出血或急性外傷出血者。
- 四、急性中毒或急性過敏反應者。
- 五、突發性體溫不穩定者。
- 六、呼吸困難、喘鳴、口唇或指端發紺者。
- 七、意識不清、昏迷、痙攣或肢體運動功能失調者。
- 八、眼、耳、呼吸道、胃腸道、泌尿生殖道異物存留或因體內病變導致阻塞者。
- 九、精神病病人有危及他人或自己之安全，或呈現精神疾病症狀須緊急處置者。
- 十、重大意外導致之急性傷害。

十一、生命徵象不穩定或其他可能造成生命危急症狀者。

十二、應立即處理之法定傳染病或報告傳染病。」

四、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 1 項及附表

「保險對象依本法第五十五條申請核退醫療費用時，其應檢具之書據，規定如附表。」

附表、申請核退醫療費用時應檢具之書據（節錄）

符合本法第五十五條規定之保險對象	保險對象(由本人或委託人申請)	備註
一、於臺灣地區外就醫者 二、暫行停止給付期間，於非保險醫事服務機構就醫者（臺灣地區外）	一、醫療費用核退申請書。 二、醫療費用收據正本及費用明細。 三、診斷書或證明文件。 四、住院案件者：出院病歷摘要。 五、出海作業之船員：身分證證明文件及當次出海作業起返日期證明文件。 六、當次出、入境證明文件影本或服務機關出具之證明。 註：委託他人申請或保險對象未入境時，另需檢附委託書及受委託者之身分證影本。	一、收據正本及費用明細如有遺失或供其他用途者，應檢具原醫療機構加蓋印信證明與原本相符之影本，並出具聲明書註明無法提出原本之原因。收據影本加蓋印信證明確有困難者，可免加蓋印信，惟需出具聲明書註明無法提出原本之原因。 二、醫療費用收據正本、費用明細、診斷書或證明文件，如為英文以外之外文文件時，應檢附中文翻譯。

五、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。」

六、改制前行政院衛生署 91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函

「全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第六條第一項第二款所稱核實給付，僅係考量世界各地醫療水準及制度差異性所為之裁量性規定，依例外從嚴之法理，本保險施行區域外之核退案件，除有核退金額不得高於本保險支付各特約醫學中心各類平均費用之上限外，保險人所依循之審查原則應無二致，亦即保險人對施行區域外之核退案件，應有審核其是否適當且合理之權限。」

七、健保署 111 年 7 月 6 日健保醫字第 1110661807A 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111年7、8、9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)
111年7月至 111年9月	1,094	3,619	6,314

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。」