

審 定

| 審 定 | |
|-----|--|
| 主 文 | 申請審議駁回。 |
| 事 實 | <p>一、境外就醫地點：香港○○醫院、○○○醫院及○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：急性膽囊炎(依健保署意見書記載)。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 112年2月18日至20日及2月24日至26日計2次住院。</p> <p>(二) 112年2月18日(2次)急診。</p> <p>(三) 112年2月23日門診。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計8萬6,454元(其中112年2月18日至20日住院費用7萬4,828元，另112年2月24日至26日住院無付款證明，未列計金額)。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 112年2月18日至20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2日住院費用計1萬3,906元，其餘醫療費用，不予核退。</p> <p>(二) 112年2月18日急診(○○醫院)：核定金額為0元(該署於112年4月26日以健保○字第0000000000號函通知補件，申請人補件後仍缺112年2月18日急診診斷書，爰以書據不全核定不給付)。</p> <p>(三) 112年2月18日急診(○○○醫院)：同意依收據記載金額，核實核退該次急診費用計2,591元。</p> <p>(四) 112年2月23日門診：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」，門診每次1,070元，核退1次門診費用計1,070元，其餘醫療費用，不予核退。</p> <p>(五) 112年2月24日至26日住院：核定金額為0元(無付款證明)。</p> <p>六、申請人就健保署未准核退112年2月18日急診(○○醫院)、112年2月18日至20日住院(差額)及112年2月24日至26日住院費用部分不服，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55條第2款。</p> <p>(二) 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、第2項、第6條第1項第2款、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112年1月9日健保醫字第1120660036號公告。</p> |

二、關於未准核退之112年2月18日至20日住院費用差額6萬922元(計算式：74,828元-13,906元=60,922元)部分

(一)此部分業經健保署認屬臺灣地區外發生不可預期之緊急傷病而就醫，並依前開公告核退上限，住院每日6,953元，核退2日住院費用計1萬3,906元有案，其餘超過核退上限之醫療費用6萬922元，健保署未准核退，於法並無不合。

(二)申請人雖主張醫院收費單已顯示3日病房房租，請核付3日住院費用云云，惟查有關本保險住院日數之認定，依全民健康保險醫療辦法第21條規定：「本保險病房費用，自保險對象住院之日起算，出院之日不算。」，而改制前中央健康保險局(102年7月23日改制為健保署)亦以95年7月17日健保醫字第0950059909號函釋，略以本保險施行區域外住院就醫申請自墊醫療費用案件，住院日數以算進不算出，即以入院之日起計，出院之日不計之原則辦理等語，足見本保險保險對象住院日數之計算，不論臺灣地區內或臺灣地區外，均採算進不算出之原則，本件申請人112年2月18日至20日住院，依前揭住院日數計算原則，其住院日數為2日，申請人所稱核有誤解。

三、關於112年2月18日急診(○○醫院)及112年2月24日至26日住院部分

(一)申請人向健保署申請核退其112年2月18日急診(○○醫院)及112年2月24日至26日住院費用，經健保署以112年2月18日急診，未附診斷證明文件、112年2月24日至26日住院所附為帳單，於112年4月26日以健保○字第0000000000號函請申請人於通知之日起2個月內補件，申請人於112年5月17日以聲明書聲明，略以112年2月18日於○○醫院急診，因沒有醫生來診斷就轉診○○○醫院，無法檢送醫療診斷說明書正本，112年2月18日至20日於○○○醫院住院繳付單據、112年2月24日至26日於○○醫院住院繳付單據，請參照附件4月1日分期轉帳證明港幣9,493.9元及9,794.3元云云，經健保署審查認為112年2月18日急診(○○醫院)缺診斷書，以書據不全核定不給付，另112年2月24日至26日住院無付款證明，核定金額為0元。

(二)申請人主張112年2月18日於○○醫院急診部分，因○○醫院急診室未能及時安排醫生診治，轉診至○○○醫院，故未能提供診斷書，○○醫院與○○○就診時間，相差不逾2小時，以及其後相關診治時程持續至112年2月26日，請將兩處診治視為同一病症。另112年2月18日至20日住院補付付款證明為

港幣 9,493.9 元，112 年 2 月 24 日至 26 日住院補付付款證明為港幣 9,794.3 元，112 年 2 月 24 日至 26 日住院醫院收費單已顯示 3 日病房房租，請核付 3 日住院費用云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

1. 按「申請核退醫療費用時應檢具之書據：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。」、「保險對象檢送申請書據不全者，應自保險人通知之日起二個月內補件；保險人於必要時，得依保險對象之申請予以延長，並以一次為限，最長不得逾二個月；屆期未補件者，逕依所送書據進行審核。」為全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 1 項附表及第 2 項所明定。是保險對象申請核退醫療費用，應檢具收據正本、費用明細及診斷書或證明文件，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。

2. 有關 112 年 2 月 18 日急診(○○醫院)部分

(1) 健保署補充意見書陳明，略以申請人 112 年 2 月 18 日於○○醫院急診未附診斷證明文件，該署通知補件後，申請人於 112 年 5 月 17 日聲明無法補件，因無診斷證明文件，無法進行專業審查，爰依自墊醫療費用核退辦法第 5 條規定，逕依現有書據行政審核，因資料不全，核定不予給付等語。

(2) 此部分申請人未依前開規定檢附診斷書或證明文件供核，為申請人所不否認，並有前開申請人 112 年 5 月 17 日聲明書影本附卷可稽，則健保署逕依所送書據審核後，核定不予給付系爭醫療費用，於法並無不合。

3. 有關 112 年 2 月 24 日至 26 日住院部分

(1) 健保署意見書陳明，略以申請人 2 次住院僅補 112 年 4 月 1 日分期轉帳港幣 9,493.9 元及 9,794.3 元，而該轉帳證明(2 份)之 Description 均為「BILLPAY-B-00 00000000」，可對應 112 年 2 月 18 日至 20 日住院收費單之 MEMBER NO. 0000 0000 00 前 8 碼，爰將上開付款證明認列為 112 年 2 月 18 日至 20 日住院費用，112 年 2 月 24 日至 26 日住院仍未附付款證明等語。

(2) 查申請人所附港幣 9,794.3 元之轉帳資料(Transaction Details)僅記載「Description BILLPAY-B-00 00000000 FROM Staff Statement Savings A/C 0000000000 Amount HKD

9,794.3 元 DR Date Saturday 01 April 2023」，無法佐證係轉帳支付系爭 112 年 2 月 24 日至 26 日住院費用，健保署以該轉資料所載「00000000」可對應申請人另一次住院 112 年 2 月 18 日至 20 日住院收費單之 MEMBER NO.0000 0000 00 前 8 碼，將上開付款港幣 9,794.3 元認列為申請人另一次 112 年 2 月 18 日至 20 日住院費用，系爭 112 年 2 月 24 日至 26 日住院仍未附付款證明，而核定核退金額為 0 元，核無不妥。

五、綜上，健保署未准核退系爭醫療費用，並無不合，原核定此部分應予維持。

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。

中 華 民 國 112 年 10 月 31 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、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 1 項及附表暨第 2 項

「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。」
「申請核退醫療費用時應檢具之書據：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。」

「保險對象檢送申請書據不全者，應自保險人通知之日起二個月內補件；保險人於必要時，得依保險對象之申請予以延長，並以一次為限，最長不得逾

二個月；屆期未補件者，逕依所送書據進行審核。」

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、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。」

五、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。」