

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、就醫地點：○○醫院。</p> <p>二、就醫情形：112 年 7 月 22 日急診，未帶健保卡，自付醫療費用計新臺幣(下同)1 萬 2,260 元。</p> <p>三、健保署核定內容：            申請人申請核退 112 年 7 月 22 日急診自墊之醫療費用，經依全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條，本保險醫療費用審查、支付、給付及自行負擔費用等相關規定，經專業審查，核減非必要之檢查費 9,331 元，及扣除掛號費 200 元及部分負擔 150 元，共計 9,681 元(計算式：9,331 元+200 元+150 元=9,681 元)，核退 2,579 元(計算式：12,260 元-9,681 元=2,579 元)。</p> <p>四、申請人主張因未帶健保卡，自付現金云云，向本部申請審議，請求核退自墊之醫療費用。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 51 條第 10 款、第 55 條第 4 款及第 56 條。</p> <p>(二) 全民健康保險醫療辦法第 4 條及第 5 條。</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 1 款。</p> <p>(四) 衛生福利部 112 年 6 月 21 日衛部保字第 1121260222 號公告之附件第 2 點。</p> <p>二、健保署提具意見及補充意見</p> <p>(一) 申請人 112 年 7 月 22 日因未帶健保卡至○○醫院急診就醫，7 月 24 日至該署○區業務組南投聯絡辦公室申請自墊醫療費用核退，經該署○區業務組查證結果表示確有告知收件日期尚在 10 日內(不含例假日)可持健保卡回醫院退費，另告知若未回醫院退費，將依照健保支付標準審查結果核退等語，申請人因住中部，路途遙遠無法回○○醫院退費，堅持送件。該署依據全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條規定辦理核退。</p> <p>(二) 本案經向○○醫院調閱轉換之醫療服務點數及清單，及系爭急診病歷送請專業審查結果，認為依病歷記載診斷為腹壁挫傷之初期照護，無明顯感染症狀，不給付血型測定等多項檢驗、檢查費。另無照腹部電腦斷層之適應症，不給付電腦斷層造影-有/無造影劑(33072B)。</p>

(三) 為維護申請人權益，該署再送請專業審查結果，認為申請人生命徵象穩定，身體檢查無毒性反應，無輸血之必要；無做腹部 CT 之適應症；外傷病患已給付全套血液檢查(CBC)，已足夠臨床所需，維持原核定。

三、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見、卷附「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」、「急診收據」、「急診病歷」、「急診護理記錄(I)(II)」、「轉診單」、「檢驗報告單」、「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」等資料影本及健保署意見書、補充意見認為：

(一) 按「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：四、保險對象於保險醫事服務機構診療或分娩，因不可歸責於保險對象之事由，致自墊醫療費用。」「保險對象就醫，因故未能及時繳驗健保卡或身分證件者，保險醫事服務機構應先行提供醫療服務，收取保險醫療費用，並開給符合醫療法施行細則規定之收據。保險對象依前項規定接受醫療服務，於該次就醫之日起十日內（不含例假日）或出院前補送應繳驗之文件時，保險醫事服務機構應將所收保險醫療費用扣除保險對象應自行負擔之費用後退還。」「因不可歸責於保險對象之事由，致保險對象未能依前條規定期限內，補送應繳驗之證明文件時，得檢附保險醫事服務機構開具之保險醫療費用項目明細表及收據，依本法第五十六條規定，向保險人申請核退自墊醫療費用。」分別為全民健康保險法第 55 條第 4 款、全民健康保險法第 40 條第 2 項授權訂定之「全民健康保險醫療辦法」第 4 條及第 5 條所明定。爰此，保險對象因故未能及時繳驗健保卡而自費就醫，應於就醫之日起 10 日內（不含例假日）向保險醫事服務機構補送健保卡申請退費，若因不可歸責之事由未能依限補送者，始得依全民健康保險法第 56 條規定，於門、急診治療當日或出院之日起 6 個月內向健保署申請核退。

(二) 次按「全民健康保險保險對象符合本法第五十五條各款規定情形之一者，得依本辦法規定申請核退醫療費用。」「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：一、發生於臺灣地區內之案件：由保險人依本保險醫療費用審查、支付、給付及自行負擔費用等有關規定辦理核退。」固為全民健康保險法第 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 2 條及第 6 條第 1 項第 1 款所明定，惟是以保險對象於保險醫事服務機構診療，因不可歸責之事由致自墊醫療費用而向健保署申請核退者為前提，始得經健保署審查認應核退時，依本保險醫療費用審查、支付、給付及自行負擔費用等有關規定辦理核退，審諸其意甚明。

(三) 申請人於系爭 112 年 7 月 22 日未攜帶健保卡，至本保險特約之○○醫院急診自費就醫，依前揭規定，申請人得於該次急診之日起 10 日內（不含例假日，期間末日為 112 年 8 月 4 日）向原就診之○○醫院繳驗健保卡辦理退費，卻於核退期限到期前之 112 年 7 月 24 日以「路途遙遠無法回到○○醫院」為由，填具「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」，向健保署申請核退系爭自墊醫療費用，健保署宥於申請人堅持送件，固從寬以因不可歸責於申請人之事由致自墊醫療費用，而依專業審查結果核減檢查費 9,331 元及扣除本保險不給付之掛號費 200 元及應由保險對象自行負擔之費用(急診部分負擔)150 元後，核退 2,579 元，惟「路途遙遠無法回到○○醫院」尚非屬不可歸責之事由，此觀諸全民健康保險醫療辦法第 4 條 101 年 11 月 6 日修正說明「考量保險對象常常受到地域、出國或要事等因素，無法於期限內補送應繳驗之證明文件，為兼顧保險對象有充裕之補送時間，以及不影響保險醫事服務機構之申報作業，補送健保卡之期限由 7 日（不含例假日）放寬為就醫之日起 10 日內（不含例假日）。」自明，且本部再委請醫療專家就申請人前開就醫資料專業判斷結果，認為申請人系爭急診之血液相關檢查及電腦斷層檢查，並不符合本保險之適應症，爰該不利益即應由申請人自行負擔。

四、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 113 年 1 月 3 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 51 條第 10 款

「下列項目不列入本保險給付範圍：十、病人交通、掛號、證明文件。」

二、全民健康保險法第 55 條第 4 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：四、保險對象於保險醫事服務機構診療或分娩，因不可歸責於保險對象之事由，致自墊醫療費用。」

三、全民健康保險法第 56 條

「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。二、依第三款規定申請者，為繳清相關費用之日起六個月內，並以最近五年發生者為限。三、依第五款規定申請者，為次年六月三十日前。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。」

四、全民健康保險醫療辦法第 4 條

「保險對象就醫，因故未能及時繳驗健保卡或身分證件者，保險醫事服務機構應先行提供醫療服務，收取保險醫療費用，並開給符合醫療法施行細則規定之收據。保險對象依前項規定接受醫療服務，於該次就醫之日起十日內（不含例假日）或出院前補送應繳驗之文件時，保險醫事服務機構應將所收保險醫療費用扣除保險對象應自行負擔之費用後退還。」

五、全民健康保險醫療辦法第 5 條

「因不可歸責於保險對象之事由，致保險對象未能依前條規定期限內，補送應繳驗之證明文件時，得檢附保險醫事服務機構開具之保險醫療費用項目明細表及收據，依本法第五十六條規定，向保險人申請核退自墊醫療費用。」

六、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條第 1 項第 1 款

「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：一、發生於臺灣地區內之案件：由保險人依本保險醫療費用審查、支付、給付及自行負擔費用等有關規定辦理核退。」

七、衛生福利部 112 年 6 月 21 日衛部保字第 1121260222 號公告之附件第 2 點

「修正『全民健康保險保險對象門診藥品、急診應自行負擔之費用』如附件，並自 112 年 7 月 1 日生效，其他保險對象門診應自行負擔之費用，依現行規定辦理。」

附件：

## 二、全民健康保險保險對象急診應自行負擔之費用

(一) 收取金額如下：

層級別	應自行負擔費用
醫學中心	750 元
區域醫院	400 元
地區醫院	150 元
基層醫療單位	150 元

(二) 低收入戶、中低收入者及身心障礙者急診，於醫學中心應負擔費用 550 元、於區域醫院應負擔費用 300 元、於地區醫院及基層醫療單位應負擔費用 150 元。」