

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：未帶健保卡，以一般身分於 112 年 6 月 15 日門診，7 月 13 日排程檢查，合計自付醫療費用 1 萬 9,125 元(詳附表)。</p> <p>三、核定內容： 依全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條及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，經專業審查認定超音波已足以診斷，核磁共振 MRI 為非必要檢查，爰於扣除部分負擔 420 元及健保不給付 1 萬 6,389 元(註：包含專審不給付之 MRI 相關費用、自費身分金額與健保身分申報金額之差額、掛號費)後，計核退 2,316 元(計算式：19,125 元-420 元-16,389 元=2,316 元)。</p> <p>四、申請人不服，主張其因 111 年 12 月婦科不正常出血於診所就診追蹤，112 年 6 月經診所追蹤認為肌瘤成長速度快，有惡性腫瘤疑慮，故開立轉診單到○○醫院就醫，醫院醫師認為需進一步做 MRI 檢查，其因就診當日沒帶健保卡以自費方式支付，但就診後 5 日後就得到新冠肺炎無法再期限內前往退費，致電○○醫院詢問告稱 6 個月內到健保署申請退費即可，其 112 年 7 月 MRI 檢查結束後，醫護人員才忽然告訴需要額外繳交一萬多元診察費用，不然無法寫報告。其因擔心是惡性腫瘤就先付款，當時在繳費櫃台表達因新冠肺炎未能即時辦理退款，這筆 MRI 檢查費用會怎麼處理?櫃台也同樣告知之後再拿收據到健保署申請退費即可，其 112 年 7 月(誤植為 8 月)至健保署申請自墊醫療費用核退，但健保署拒絕核退 MRI 的檢查費用。因為是醫生視其需要而開立，並非其本人要求，其皆依照醫院資訊 6 個月內向健保署申請，如健保署無法給付，是否也應是向○○醫院來收取費用，而非由其支付云云，就未准核退之醫療費用 1 萬 6,389 元(註：包含專審不給付之 MRI 相關費用、自費身分金額與健保身分申報金額之差額、掛號費)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) 全民健康保險醫療費用審查注意事項第一部醫院醫療費用審查注意事項壹、全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件審查</p>

注意事項一、一般原則（十八）其他注意事項 1. 電腦斷層及磁振造影檢查審查原則。

二、健保署提具意見及補充意見

（一）本案申請人因子宮平滑肌瘤未持健保卡於○○醫院 112 年 6 月 15 日門診自費就醫及安排 112 年 7 月 13 日施行磁振造影檢查，自墊醫療費用計 1 萬 9,125 元，查申請人自墊原因填載「確診 COVID 無法回去醫院補卡」，該署考量申請人染疫無法至○○醫院於 10 日內辦理退費，同意核退，惟依全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條規定，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、給付及自行負擔等有關規定辦理。又經該署向○○醫院調閱申請人就醫病歷及磁振造影(MRI)檢查報告送專業審查，認為門診已執行超音波檢查，且無特別異常或大的腫瘤，不須行磁振造影檢查。該署爰按醫院提供之健保醫令，扣除掛號費 100 元、非必要之磁振造影檢查費 1 萬 4,950 元及特材費 466 元、自費身分金額與健保身分申報金額之差額 873 元及部分負擔 420 元後，共核付 2,316 元。

（二）為維護申請人權益，該署復依申請人爭議審議申請書補述事實、理由再送專業審查，仍認定超音波足以診斷，磁振造影檢查非必要，爰維持原核定，不同意給付。

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」、「門診醫療費用明細收據」、「門診記錄」、「放射線部報告」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 6 月 15 日未攜帶健保卡，至本保險特約之○○醫院門診自費就醫及 112 年 7 月 13 日排程檢查，自付醫療費用 1 萬 9,125 元，依前揭規定，申請人得於該門診就醫之日起 10 日內（不含例假日，期間末日為 112 年 6 月 30 日）向原就診之○○醫院繳驗健保卡辦理退費，卻遲至 112 年 7 月 17 日以「6 月 15 日排 7/13 檢查(MRI)，確診 COVID 無法回去醫院補卡」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，健保署考量申請人染疫無法 10 日內至○○醫院辦理退費，乃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 MRI 檢查相關費用（包含檢查費 1 萬 4,950 元、特材費 466 元），及扣除本保險不給付之自費身分金額與健保身分申報金額差額 873 元、掛號費 100 元及門診部分負擔 420 元後，核退 2,316 元（詳如附表），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，認為申請人系爭門診之 MRI 排程檢查，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 1 萬 6,389 元，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

中 華 民 國 113 年 1 月 29 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、全民健康保險醫療費用審查注意事項—第一部醫院醫療費用審查注意事項—壹、全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件審查注意事項—一、一般原則(十八)其他注意事項1.電腦斷層及磁振造影檢查審查原則

「1.電腦斷層及磁振造影檢查審查原則：

(1)「電腦斷層造影」及「磁振造影」診療項目均以「次」為單位，病患如因病情需要多部位造影檢查，其原則如下：(107年6月27日健保醫字第1070033408號書函)(108/3/1)

甲、病患可同次施作，僅能申報1次，不得以不同部位為理由分次執行或拆分申報多次。

乙、若因臨床理由，病患無法同次施作，或因病情需要，須分次執行，需於病歷上詳載其理由，依實際施作次數申報，其合理性由專業審查認定。

(2)須附檢查申請書、報告及影像，否則不予給付。(108/3/1)

(3)檢查申請書或報告內容須包括：

甲、臨床診斷。

乙、檢查目的。

丙、相關病史。

丁、理學(身體)檢查(若係神經系統檢查需附詳細神經學理學檢查；若係骨及肌肉關節系統檢查需附詳細檢查部位理學檢查資料)。

戊、其他相關檢查結果。

(4)完整檢查結果應註明檢查日期，並由放射科專科醫師具名並標明証照號碼。

(5)除非必要不可同時施行同部位電腦斷層及磁振造影檢查，若同時實施，應詳加審查。(108/3/1)

(6)如短期內(如十二週)再次執行電腦斷層或磁振造影檢查，應敘明病情及必要性，應詳加審查。

(7)磁振造影檢查之選擇應用，須在公認有明顯優於其他檢查(procedure

of choice)，或其他檢查無法提供足夠資料以輔助臨床治療時，方可申請。

(8) 癌症患者檢查須有癌病史或確切病理診斷、有確切臨床需要且同時其他檢查無法輔助診斷時，或公認在選擇上為優於其他檢查(procedure of choice)，方得申請磁振造影檢查。

(9) 骨及肌肉關節系統須有積極檢查目的，方可實施磁振造影檢查。」

附表

費用項目	申請(收據)金額	健保署核退金額	健保署各項核付之標準或理由
掛號費	100	0	依全民健康保險法第 51 條規定不予核退。
藥費	58	53	1. 按支付標準 BC24437100 核退。 2. 自費身分金額與健保身分申報金額之差額 5 元(58 元-53 元=5 元)
檢驗費	3,116	2,397	1. 按支付標準 19013C、09026C、09002C、09015C、08011C、09033C、09006C、09005C、12077C、27055C 等 10 項核退。 2. 自費身分金額與健保身分申報金額之差額 719 元(3,116 元-2,397 元=719 元)
診察費	435	286	1. 按支付標準 00156A 核退。 2. 自費身分金額與健保身分申報金額之差額 149 元(435 元-286 元=149 元)
X 光費(MRI)	14,950	0	專審不給付
特殊材料費	466	0	
門診部分負擔/ 醫學中心		-420	依全民健康保險法第 43 條規定，應由申請人自行負擔。
合計	19,125	2,316	備註： 不予核退系爭醫療費用 16,389 元(包含 MRI 檢查相關費用 14,950 元、特材費 466 元、本保險不給付之自費身分金額與健保身分申報金額差額 873 元、掛號費 100 元)