

## 審 定

主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：日本○○。</p> <p>二、就醫原因：左上腕二頭筋腱附著點炎等(依健保署意見書記載)。</p> <p>三、就醫情形：112年4月10日、8月24日及25日計3次門診。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計1萬7,311元(其中112年8月24日門診費用2,567元，另112年8月25日藥局「領收金額」日幣2萬7,870元未列計)。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一)112年8月24日門診：按健保署公告「112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1,059元，核退1次門診費用1,059元；其餘醫療費用，不予核退。</p> <p>(二)112年4月10日及8月25日門診：核定金額為0元(缺診斷證明文件，該署於112年10月18日以健保北字第1123000365號函通知補件，迄未補件，且已逾2個月補件期限，該署依所送資料進行審核，因資料不全，核定不給付)。</p> <p>六、申請人主張其在臺灣已有定期洗腎，因出國需在國外按時洗腎，也請醫院開立病摘交由日本醫師評估後進行洗腎療程，療程完成後日本醫師會將資料放入信封密封由其交本國醫師云云，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)健保署112年7月12日健保醫字第1120662886號公告。</p> <p>二、關於未准核退之112年8月24日門診費用差額1,508元部分</p> <p>申請人112年8月24日門診，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，門診每次1,059元，核退1次門診費用計1,059元有案，其餘超過核退上限之醫療費用1,508元(計算式：2,567元-1,059元=1,508元)，健保署未准核退，於法並無不合。</p> <p>三、關於112年4月10日及8月25日門診部分</p> <p>(一)依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項規定，保險對象申請核退自墊之醫療費用時，應檢具之書據包括醫療費用收據正本、費用明細、診斷書或證明文件等資料供健保署審查，倘檢送申請書據不全者，應自健保署通知之日起2個月內補件，屆期未補件者，健保署逕依所送書據進行審核，審</p>

諸其意甚明，合先敘明。

(二)此部分經審查卷附相關資料及健保署意見書顯示，申請人檢附「診療費請求書兼領收書」(112年4月10日及8月25日)、「領收證」(112年8月25日)、「調劑明細書」(112年8月25日)，向健保署申請核退112年4月10日及8月25日門診自墊醫療費用，經健保署審查結果，認為該2次門診未檢附診斷證明文件，以112年10月18日健保○字第0000000000號函通知申請人於通知之日起2個月內補送診斷證明文件，嗣因逾2個月補件期限，申請人仍未補件，健保署逕依所送書據進行審核，認為資料不全，以系爭112年12月22日受理號碼0000000000全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書核定不予給付，於法並無不合，所稱臺灣醫院開立病摘交由日本醫師評估後進行洗腎療程，療程完成後日本醫師將資料放入信封密封由其交本國醫師云云，核難執為本案之論據。

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 3 月 14 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、健保署 112 年 7 月 12 日健保醫字第 1120662886 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 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)
112 年 7 月至 112 年 9 月	1,059	3,552	6,556

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。」