

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於未准核退申請人於 112 年 5 月 22 日急診就醫自付之醫療費用計新臺幣 2,616 元部分申請審議不受理。</p> <p>二、其餘申請審議駁回。</p>
事 實	<p>一、境外就醫地點：美國。</p> <p>二、就醫原因：特發性慢性痛風等。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 109 年 4 月 14 日、5 月 11 日、19 日、26 日、8 月 11 日、18 日、10 月 20 日、30 日、11 月 3 日、19 日、110 年 5 月 17 日、6 月 2 日、10 月 19 日、111 年 1 月 17 日、3 月 3 日、4 月 19 日、6 月 14 日、7 月 5 日、19 日、9 月 7 日、19 日、10 月 18 日及 112 年 4 月 18 日計 23 次門診。</p> <p>(二) 112 年 5 月 22 日急診。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同) 2 萬 8,271 元(含 112 年 5 月 22 日急診醫療費用 1 萬 8,152 元)。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 109 年 4 月 14 日至 111 年 1 月 17 日期間計 14 次門診：逾期(不給付原因代碼 1)。</p> <p>(二) 111 年 3 月 3 日至 10 月 18 日期間計 8 次門診：不在保(不給付原因代碼 2)。</p> <p>(三) 112 年 4 月 18 日門診：經專業審查認定非屬不可預期之緊急傷病，不予給付(不給付原因代碼 8)。</p> <p>(四) 112 年 5 月 22 日急診：經專業審查，按健保署公告之「112 年 4、5、6 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 1,088 元，給付 1 次門診費用計 1,088 元，其餘醫療費用，不予給付。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款。</p> <p>(二) 全民健康保險法第 55 條第 2 款、第 3 款、第 56 條第 1 項第 1 款及第 2 款。</p> <p>(三) 全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條、第 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項。</p> <p>(四) 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>(五) 健保署 112 年 4 月 13 日健保醫字第 1120661366 號公告。</p> <p>二、申請人申請審議理由固僅就不給付原因代碼 1(即 109 年 4 月 14 日</p>

至111年1月17日期間計14次門診)及代碼8(即112年4月18日門診)部分不服，主張代碼1應是繳清保險費相關費用之日起6個月內，及代碼8就醫資料記載急診(Emergency)云云，惟鑑於申請人申請審議時，一併檢附112年5月22日就醫資料，為審慎計，爰將該112年5月22日急診，一併列入本件審議範圍，合先敘明。

三、關於109年4月14日至111年1月17日期間計14次門診部分

(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：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。三、於保險人暫行停止給付期間，在保險醫事服務機構診療或分娩，並已繳清保險費等相關費用；其在非保險醫事服務機構就醫者，依前二款規定辦理。」「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。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。」分別為全民健康保險法第55條第2款前段、第3款、第56條第1項第1款前段及第2款所規定，是保險對象於臺灣地區外因發生不可預期之緊急傷病就醫而自墊醫療費用，應於門診、急診治療當日或出院之日起六個月內向健保署提出申請，但如係在暫行停止保險給付期間就醫，得於欠費繳清後6個月內向健保署申請核退，審諸其意甚明。

(二)查申請人於109年4月14日至111年1月17日期間計14次門診就醫，依前揭全民健康保險法第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109年10月14日至111年7月17日(該日為星期日，延至111年7月18日)期間向健保署提出醫療費用之申請，惟申請人遲至112年6月17日始向該署提出醫療費用核退之申請，有健保署○區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，該14次門診即已逾6個月申請期限，申請人雖主張應是繳清保險費相關費用之日起6個月內申請核退自墊醫療費用，惟健保署已提具意見陳明，略以申請人105年2月24日至111年1月3日投保於○○○○○○職業工會，該段期間無個人欠費紀錄，109年4月14日至111年1月17日期間，就醫日無全民健康保險法第55條第3款所定「於保險人暫行停止給付期間」之情形等語，爰健保署未准核退，於法並無不合。

四、關於112年4月18日門診部分

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：

- (一) 申請人於 112 年 4 月 18 日因特發性慢性痛風，多部位，無痛風石 (Idiopathic chronic gout, multiple sites, without tophus) 門診，其固主張就醫資料記載為急診(emergency)云云，惟申請人爭議審議檢附就醫資料之就醫日期為 112 年 5 月 22 日，並非此次 112 年 4 月 18 日門診，而卷附此次門診就醫資料，並無情況緊急之相關描述，且該等病情或診斷非屬全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條所列之緊急傷病範圍，系爭此次門診即難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。
- (二) 綜合判斷：同意健保署意見，112 年 4 月 18 日門診費用，不予核退。

五、關於 112 年 5 月 22 日急診部分

(一) 關於醫療費用 2,616 元部分

此部分申請人於 112 年 10 月 23 日申請審議後，業經健保署重新核定，因所附資料記載「emergency treatment」，同意依前開公告之核退上限，急診每次 3,704 元，於扣除已核退之 1 次門診費用 1,088 元後，補核退申請人 1 次急診費用差額 2,616 元(3,704 元-1,088 元=2,616 元)，並於 112 年 10 月 26 日以受理號碼 0000000000 全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書核退在案，則此部分申請審議標的已不存在。

(二) 關於其餘未准核退之醫療費用差額 1 萬 4,448 元(18,152 元-1,088 元-2,616 元=14,448 元)部分

此部分為申請人系爭 112 年 5 月 22 日急診超過核退上限之醫療費用，該署未准核退，並無不合。

六、綜上，原核定關於重新核定核退 112 年 5 月 22 日急診醫療費用 2,616 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘醫療費用，健保署未准核退，並無不合，原核定關於此部分應予維持。

據上論結，本件申請為部分不受理，部分無理由，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 18 條第 1 項第 4 款暨第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

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、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款

「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：四、原核定通知已不存在。」

二、全民健康保險法第 55 條第 2 款及第 3 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。三、於保險人暫行停止給付期間，在保險醫事服務機構診療或分娩，並已繳清保險費等相關費用；其在非保險醫事服務機構就醫者，依前二款規定辦理。」

三、全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款及第 2 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。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。」

四、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。」

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112年4月13日健保醫字第1120661366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4、5、6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4月至 112年6月	1,088	3,704	7,315

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。」