

審 定

主 文	<p>申請審議駁回。</p> <p>一、就醫地點：○○○○○○醫院及○○○○○○○○○○○○○○○○醫院(以下簡稱○○○○醫院)。</p> <p>二、就醫情形：112年4月18日及5月30日計2次門診，未帶健保卡，自付醫療費用計新臺幣(下同)各608元及5,582元，計6,190元。</p> <p>三、核定內容： 申請人申請核退112年4月18日及5月30日計2次門診自墊之醫療費用，經健保署扣除部分負擔660元(各240元及420元)及不給付金額2,376元(含掛號費各100元、150元及112年5月30日門診自費身分金額與健保身分申報金額之差額2,126元)後，核退3,154元(計算式：608元+5,582元-660元-2,376元=3,154元)。</p> <p>四、申請人主張其當初因沒帶健保卡多付了很多錢給醫院，事後詢問健保署，經告知可以退，完全沒告知退費標準是不一樣的，莫名其妙被醫院多收了好多錢，若先告知在健保署辦理退費可能會退的比較少，就不會去健保署退費云云，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43條第1項、第3項、第51條第10款、第12款、第55條第4款、第56條第1項第1款及第2項。</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>二、本件經綜整卷附「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」、「門診醫療費用收據聯」、「門診費用收據」、戶口名簿、門診醫療費用明細表及健保署意見書、補充意見認為：</p> <p>(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</p>

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。」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，是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，應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) 本件申請人於系爭112年4月18日及5月30日計2次未攜帶健保卡，至本保險特約之○○○○○○醫院及○○○○醫院門診就醫，惟並未於各該次門診治療之日起10日內（期間末日分別為112年5月2日及6月13日），向原就診之醫院繳驗健保卡辦理退費，迄於112年8月16日始以「健卡放在○○，忘了帶回來」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，惟姑不論「健保卡放在○○，忘了帶回來」尚非屬不可歸責保險對象之事由，健保署從寬受理其申請核退醫療費用案，並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，於扣除本保險不給付之掛號費各100元、150元、部分負擔各240元及420元及112年5月30日門診自費身分金額與健保身分申報金額之差額2,126元（實際應為2,166元，少計40元）後，核付2次門診費用計3,154元（608元+5,582元-100元-150元-240元-420元-2,126元=3,154元），對申請人已屬有利，基於行政救濟不得為更不利於申請人之決定，原核定仍應予維持。

三、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。

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 43 條第 1 項及第 3 項

「保險對象應自行負擔門診或急診費用之百分之二十，居家照護醫療費用之百分之五。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其百分之三十、百分之四十及百分之五十。」「第一項應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依診所及各級醫院前一年平均門診費用及第一項所定比率，以定額方式收取，並每年公告其金額。」

二、全民健康保險法第 51 條第 10 款及第 12 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。十二、其他由保險人擬訂，經健保會審議，報主管機關核定公告之診療服務及藥物。」

三、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。」

四、全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款及第 2 項

「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。」「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。」

五、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。」

六、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。」

七、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。」