

審 定

主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、案件緣由及健保署核定文件要旨</p> <p>(一)緣申請人於 112 年 8 月 3 日填具「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」，以其不知持殘障手冊可減免部分負擔費用云云，向健保署申請核退其 111 年 3 月 17 日至 112 年 6 月 28 日期間至○○○○○○○醫院及○○○○○○○○○醫院自付之部分負擔醫療費用。</p> <p>(二)案經健保署以 112 年 9 月 14 日健保○字第 0000000000 號函復申請人，略以：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 依據全民健康保險法第 55 條及第 56 條規定略以：保險對象申請核退自墊醫療費用，應於門診、急診治療當日或出院之日起 6 個月內辦理。申請人 111 年 3 月 17 日、18 日(眼科、心臟血管內科)、4 月 8 日、14 日、29 日、5 月 6 日、27 日、6 月 22 日、7 月 7 日、13 日、14 日、20 日、29 日、8 月 10 日、9 月 29 日、10 月 19 日、21 日、12 月 28 日、112 年 1 月 18 日計 20 次於中山醫學大學附設醫院門診就診治療，申請日期為 112 年 8 月 3 日(以該署收件戳日為準)，已逾 6 個月內之申請期限，該署歉難受理。 2. 另依據全民健康保險法第 43 條及第 47 條已明定保險對象就醫應自行負擔部分費用，現行規定凡領有身心障礙手冊者，門診就醫時不論醫院層級，基本部分負擔費用均按診所層級收取 50 元，但急診、住診及門診藥費部分負擔則無減免；爰 111 年 4 月 15 日、7 月 12 日及 112 年 6 月 11 日急診與 111 年 7 月 10 日至 12 日住診非屬身心障礙者減免之範圍，其部分負擔為申請人應支付之費用，故不符合核退申請條件，該署歉難受理。 3. 有關 112 年 2 月 10 日、4 月 19 日、5 月 5 日、6 月 14 日、21 日及 28 日門診治療之部分負擔核退案，將另案通知。 <p>二、申請人就健保署以逾 6 個月內之申請期限，未准核退 111 年 3 月 17 日至 112 年 1 月 18 日期間計 20 次門診部分負擔醫療費用部分不服，向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據：全民健康保險法第 55 條第 4 款及第 56 條第 1 項第 1 款前段。</p> <p>二、依全民健康保險法第 55 條第 4 款及第 56 條第 1 項第 1 款前段規定，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</p>

對象之事由，致自墊醫療費用者，應於門診、急診治療當日或出院之日起6個月內，申請核退自墊醫療費用。是以，保險對象申請核退自墊醫療費用之6個月期限，係自其門診、急診治療當日或出院之日起計6個月，審諸其意甚明。

三、本件經審查卷附全民健康保險自墊醫療費用核退申請書、○○○○○○○○醫院門診醫療費用收據及健保署意見書記載，認為申請人係於111年3月17日至112年1月18日期間至○○○○○○○○醫院門診計20次，依前揭全民健康保險法第56條第1項第1款前段規定，申請人應分別自各該次門診治療當日起6個月內，即自111年9月17日(該日為星期六，延至111年9月19日)至112年7月18日期間內，申請核退其自付之門診部分負擔醫療費用，惟申請人迄於112年8月3日始向該署提出系爭20次門診部分負擔之醫療費用核退申請，有健保署○區業務組蓋於「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」上之收件章戳可稽，復為申請人所不否認，本件即已逾6個月申請期限。

四、申請人雖主張其患有心臟病心律不整，於111年3月在○○○○○○○○醫院心臟內科裝置心臟節律器後，由院方協助申請身心障礙證明送件，自111年3月起領有身心障礙證明，回診時曾有告知協診人員，但協診人員未說明須於結帳時再出示證明，於櫃台結帳時也無任何文字說明或口頭提醒持有身心障礙證明可減免部分負擔費用之情事。因其年事已高，也不清楚就醫上的優惠，以為如同重大傷病卡一樣，健保卡會主動註記身分，自動減免繳費的金額，直到112年7月調漲健保部分負擔，家屬陪診時才聽他人提及減免措施，由女兒趕緊向健保署提出申請核退醫療費用，但健保署回復說明已超過申請期限，未符合退費。其係以健保身分就醫，依單據上金額全額繳納，並非未攜帶健保卡就診，也不是欠帳未繳款，所以不會去申請自墊核退醫療費用的程序，另查詢「領有身心障礙證明之保險對象基本應自行負擔門診費用，不論醫院層級均為50元」，並無相關規定說明不能核退溢繳的金額，也沒有規定說明須於6個月內提出申請云云，並檢附爭議審議文章1份，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 健保署意見書陳明，略以經查申請人於111年3月17日取得身心障礙證明資格，有效期限為111年3月17日至116年3月31日(需重新鑑定日期)，因已逾全民健康保險法第55條第4款及

第 56 條第 1 項第 1 款所定申請核退之期限(須於門診之日起 6 個月內提出申請)，故核定不予核退等語。

(二) 依全民健康保險法第 1 條第 2 項規定：「本保險為強制性之社會保險，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。」，是以，有關本保險給付係依全民健康保險法相關規定辦理。又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，致自墊醫療費用者，除出海作業之船員，係自返國入境之日起算 6 個月內外，其餘均應於門診、急診治療當日或出院之日起 6 個月內，提出醫療費用核退之申請，已為現行全民健康保險法第 55 條第 4 款及第 56 條第 1 項第 1 款所明定，且一體適用於全體保險對象；前揭 6 個月期限為法定不變期間，尚難因個人因素從寬認定或予以延長。

(三) 至申請人所附爭議審議文章「健保爭議教室-身心障礙者健保門診就醫權益的時效議題」，查該文為本部改制前行政院衛生署全民健康保險爭議審議委員會 100 年 2 月 25 日發刊之電子報文章，距本件 112 年 8 月 3 日申請人申請核退自墊醫療費用時，已 12 年，該文章與本件固均係身心障礙者於全民健康保險保險醫事服務機構門診就醫後，逾 6 個月始向健保署(即改制前行政院衛生署中央健康保險局)申請核退其自付之門診部分負擔醫療費用，惟文章所載爭議個案事實日當時之全民健康保險法，並未就保險對象於全民健康保險保險醫療機構就醫申請核退自墊醫療費用之條件與時效明文規定，而現行全民健康保險法第 55 條第 4 款及第 56 條第 1 項第 1 款前段，已就保險對象因不可歸責之事由，於保險醫事服務機構診療或分娩，致自墊醫療費用者，明定應於門診、急診治療當日或出院之日起六個月內申請核退自墊醫療費用，2 案時空背景已不相同，所舉尚稱核難執為本案之論據。

五、綜上，健保署未准核退系爭 111 年 3 月 17 日至 112 年 1 月 18 日期間 20 次門診部分負擔費用，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 22 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 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。」

二、全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款前段

「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。」