

## 審 定

|     |          |  |
|-----|----------|--|
| 主 文 | 申請審議不受理。 |  |
| 理 由 | 依據       | <p>一、全民健康保險法第 6 條第 1 項、第 2 項及第 3 項。</p> <p>二、全民健康保險爭議事項審議辦法第 2 條、第 18 條第 1 項第 6 款、第 23 條及第 25 條。</p>   |
|     | 審定理由     | <p>一、健保署 112 年 11 月 20 日健保○字第 0000000000 號函內容要旨</p> <p>(一) 保險對象○○○於 111 年 7 月 1 日至 112 年 2 月 9 日冒用申請人健保卡至該署特約醫事服務機構就醫一案，查申請人有共同不法使用全民健康保險醫療費用情事，請繳還新臺幣(下同) 63 萬 4,532 元。</p> <p>(二) 依據全民健康保險法第 81 條規定：「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付、申請核退或申報醫療費用者，處以其領取之保險給付、申請核退或申報之醫療費用二倍至二十倍之罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。」，另依行政罰法第 14 條第 1 項，故意共同實施違反行政法上義務行為得分別處罰。</p> <p>(三) 依據申請人 112 年 8 月 10 日至 15 日於該署○○業務組訪談紀錄及○○○冒卡就醫之○○○○醫院、○○○○醫院、○○○中醫診所、○○○醫院及○○○○醫院等 5 家特約醫事服務機構回復資料，認定申請人提供健保卡及身分證明文件予○○○，供○○○於不具投保期間之 111 年 7 月 1 日至 112 年 2 月 9 日冒用其健保卡於上述 5 家特約醫事服務機構以被保險人身分就醫，共使用全民健康保險醫療費用計 63 萬 8,609 元(其中該署○○業務組轄區費用計 63 萬 4,532 元，○○業務組轄區費用計 4,077 元)。</p> <p>(四) 因○○○已死亡，且申請人有提供健保卡及身分證明文件供○○○使用情事，有共同以不正當行為領取保險給付之情事，該署依規定向申請人追還○○○冒卡至○○業務組轄區特約醫事服務機構(○○○○、○○○○、○○○中醫診所)之醫療費用計 63 萬 4,532 元。</p> <p>(五) ○○○冒卡於該署○○業務組轄區特約醫事服務機構就醫之醫療費用(○○○醫院、○○○醫院)部分，將由該署○○業務組另案核定。</p> <p>二、申請人不服，檢附上開健保署函影本，主張(一)其與○○○</p> |

原為友人關係，其對於○○○身體健康狀況毫無所悉，○○○於 111 年 6 月 30 日前某日竊取其健保卡並偽造其國民身分證，嗣至 112 年 2 月初，○○○逝世前自行書寫自白書並陳稱未經其同意盜取其健保卡並以之冒用就醫，另同時偽造其國民身分證件，係經派出所警員通知其身分證件遭偽造且健保卡遭盜用後始知悉，其主觀上自始無法預見其健保卡遭他人冒用；(二) 其無任何故意共同完成使○○○冒用其健保卡就醫行為，不符行政罰法第 14 條所指「故意共同實施」要件；(三) 本件實施違反行政罰及全民健康保險法之行為人為○○○，健保署應向○○○之權利繼受人即法定繼承人為請求繳還健保醫療費用，向其請求繳還，違反比例原則及不當聯結禁止原則；(四) 請依職權向派出所調取○○○書寫自白書及其身分證遭偽造相關文件云云，向本部申請審議。

### 三、審定理由

(一) 按「本保險保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對保險人核定案件有爭議時，應先申請審議，對於爭議審議結果不服時，得依法提起訴願或行政訴訟。(第 6 條第 1 項)」、「前項爭議之審議，由全民健康保險爭議審議會辦理。(第 6 條第 2 項)」、「前項爭議事項審議之範圍、申請審議或補正之期限、程序及審議作業之辦法，由主管機關定之。(第 6 條第 3 項)」為全民健康保險法第 6 條所明定，另依該條第 3 項授權訂定之全民健康保險爭議事項審議辦法(以下簡稱爭審辦法)第 2 條明定「保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對於保險人核定下列全民健康保險權益案件有爭議時，得依本辦法規定申請權益案件之審議：一、關於保險對象之資格及投保手續事項。二、關於被保險人投保金額事項。三、關於保險費、滯納金及罰鍰事項。四、關於保險給付事項。五、其他關於保險權益事項。(第 2 條第 1 項)」、「保險醫事服務機構對於保險人核定全民健康保險醫療費用案件有爭議時，得依本辦法規定申請醫療費用案件之審議。(第 2 條第 2 項)」、「保險醫事服務機構對於保險人核定保險醫事服務機構特約管理案件有爭議時，得依本辦法規定申請特約管理案件之審議。(第 2 條第 3 項)」。又所爭議之內容倘非第 2 條所定權益案件、醫療費用案件及特約管理案件事項之情形者，應為不受理之審定，審諸爭審辦法第 18 條第 1 項第 6 款、第 23 條及第 25 條規

定，其意甚明，合先敘明。

(二)依卷附相關資料顯示，本件係緣起○○○○醫院向健保署通報○○○疑似冒用○○○即申請人之健保卡就醫，並說明略以，其醫院病人○○○於112年2月7日小夜班時段病重，於112年2月8日凌晨辦理自動出院(留口氣出院)，112年2月7日夜間有自稱○○○友人之民眾向醫院人員舉報○○○係冒用○○○即申請人健保卡就醫(期間為111年11月21日至112年2月8日)，醫院人員知悉後立即向警察局報案處理等語，健保署乃查調「○○○」相關就醫資料及派員訪查申請人，並函詢相關特約醫事服務機構核對「○○○」身分證明文件之情形後，認定申請人有提供健保卡及身分證明文件予○○○，供○○○於不具投保資格期間111年7月1日至112年2月9日冒用其健保卡於○○○○醫院、○○○○醫院、○○○中醫診所、○○○醫院及○○○○醫院就醫，共使用健保醫療費用計63萬8,609元[其中屬健保署○○業務組轄區費用計63萬4,532元(包含代辦費697元)]之情事，因冒用人○○○於112年2月7日死亡，健保署乃依全民健康保險法第81條及行政罰法第14條第1項規定，以系爭112年11月20日健保○字第0000000000號函請申請人於文到15日內繳還○○○冒用其健保卡至該署○○業務組轄區之○○○○醫院、○○○○醫院、○○○中醫診所就醫之醫療費用計63萬4,532元(包含前揭屬健保署代辦案件之費用697元)。

(三)惟查本件健保署向申請人申請追還醫療費用，並非爭議審議範圍，理由分述如下：

1. 關於向申請人追還醫療費用計697元部分

依系爭健保署112年11月20日健保○字第0000000000號函所附附表「○○○冒用○○○健保卡就醫門診費用明細(○○業務組轄區院所)」之流水號8、15、16、19、29及31所列「健保卡序號」(疾病名稱)為「IC07」(未明示尼古丁依賴，無併發症)或「IC01」(來院接受COVID-19篩檢)，申請費用分別為101元、101元、100元、50元、296元及49元，合計697元，均係健保署代辦案件之費用，此有健保署補充意見陳明在卷，爰此部分既未涉及全民健康保險醫療費用，並非前揭爭審辦法第2條所定權益案件、醫療費用案件及特約管理案件事項，即非爭議審議之範圍。

2. 關於其餘向申請人追還醫療費用 63 萬 3,835 元(634,532 元 -697 元=633,835 元)部分

(1) 此部分係健保署向申請人追還○○○冒用其健保卡至健保署○○業務組轄區特約醫事服務機構(○○○○、○○○、○○○中醫診所)就醫，使用健保醫療費用計 63 萬 3,835 元，系爭健保署 112 年 11 月 20 日健保○字第 0000000000 號函雖引據全民健康保險法第 81 條及行政罰法第 14 條第 1 項規定，然該二法規一為全民健康保險法之罰鍰規定，一為共同違反行政法義務處罰規定，而本件係追還健保醫療費用，並非全民健康保險法第 81 條核處罰鍰之適用範圍，顯非屬前揭爭審辦法第 2 條第 1 項第 3 款所定之「關於保險費、滯納金及罰鍰事項」。

(2) 另對於冒用健保卡案件所衍生之醫療費用支出，健保署係基於公法上不當得利之法律關係，向行政法院提起給付訴訟追還醫療費用，此有臺北高等行政法院 112 年度簡字第 213 號判決參照，爰此，本件追還醫療費用即非基於全民健康保險之保險關係，其衍生之爭議即難認屬前揭爭審辦法所定之爭議審議範圍。

(3) 本件冒用人○○○不法使用申請人健保卡就醫，不當領受醫療費用高達 63 餘萬元，已嚴重侵蝕有限之健保資源，而冒用人○○○已死亡，如申請人確有提供健保卡及身分證明供○○○使用，健保署宜循前開給付訴訟方式訴請申請人返還醫療費用。

(4) 承上，本件健保署以系爭 112 年 11 月 20 日健保○字第 0000000000 號函向申請人追還醫療費用，並非全民健康保險法第 81 條之適用範圍，亦非基於全民健康保險之保險關係，非屬爭議審議範圍。

(四) 綜上，本件健保署以系爭 112 年 11 月 20 日健保○字第 0000000000 號函向申請人追還醫療費用，並非爭議審議之範圍，申請人對之申請審議，自有未合，應不予受理。

據上論結，本件申請為不受理，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 6 款規定，審定如主文。

中 華 民 國 113 年 5 月 2 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 6 條第 1 項、第 2 項及第 3 項

「本保險保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對保險人核定案件有爭議時，應先申請審議，對於爭議審議結果不服時，得依法提起訴願或行政訴訟。」「前項爭議之審議，由全民健康保險爭議審議會辦理。」「前項爭議事項審議之範圍、申請審議或補正之期限、程序及審議作業之辦法，由主管機關定之。」

二、全民健康保險爭議事項審議辦法第 2 條

「保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對於保險人核定下列全民健康保險權益案件有爭議時，得依本辦法規定申請權益案件之審議：一、關於保險對象之資格及投保手續事項。二、關於被保險人投保金額事項。三、關於保險費、滯納金及罰鍰事項。四、關於保險給付事項。五、其他關於保險權益事項。」「保險醫事服務機構對於保險人核定全民健康保險醫療費用案件有爭議時，得依本辦法規定申請醫療費用案件之審議。」「保險醫事服務機構對於保險人核定保險醫事服務機構特約管理案件有爭議時，得依本辦法規定申請特約管理案件之審議。」

三、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 6 款

「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：六、爭議之內容非第二條所定事項。」

四、全民健康保險爭議事項審議辦法第 23 條

「醫療費用案件之審定，除第十八條第一項第四款規定外，準用第十八條及第十九條之規定。」

五、全民健康保險爭議事項審議辦法第 25 條

「特約管理案件之審議程序，準用第二節有關權益案件之規定。」