

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 112 年 7 月 24 日至 26 日住院及 112 年 8 月 7 日門診就醫自付之醫療費用計新臺幣 1 萬 1,645 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：大陸地區○○○○○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：左肩關節痛、肩袖損傷、肩峰下撞擊徵候群。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 112 年 6 月 25 日、7 月 15 日、29 日及 8 月 7 日計 4 次門診。</p> <p>(二) 112 年 7 月 24 日至 26 日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計 7 萬 5,637 元(其中 112 年 6 月 25 日及 112 年 7 月 24 日至 26 日住院分別為 3,402 元及 7 萬 260 元)。</p> <p>五、案件緣由及健保署核定內容要旨：</p> <p>(一) 健保署原以 112 年 10 月 13 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如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 112 年 6 月 25 日門診：按健保署公告「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」，門診每次 1,088 元，核退 1 次門診費用計 1,088 元，其餘醫療費用，不予核退。</li> <li>2. 112 年 7 月 15 日門診：按收據記載金額，核實核退 440 元。</li> <li>3. 112 年 7 月 24 日至 26 日住院及 112 年 7 月 29 日、8 月 7 日門診：不符不可預期之緊急傷病，核定不予給付。</li> </ol> <p>(二) 申請人不服，於 112 年 12 月 18 日(本部收文日)向本部申請審議後，業經健保署重新核定，於 112 年 12 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付申請人計 3,002 元：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 112 年 7 月 24 日至 26 日住院：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，改核退 2 次門診費用 2,118 元(1,059 元*2=2,118 元)</li> <li>2. 112 年 7 月 29 日門診：按收據記載金額，核實核退 884 元。</li> <li>3. 112 年 8 月 7 日門診：不符不可預期之緊急傷病，核定不予給付。</li> </ol> <p>六、申請人仍不服，乃於 113 年 1 月 24 日(本部收文日)再向本部申請審議。</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。</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 2 款及第 2 項。

(四) 健保署 112 年 4 月 13 日健保醫字第 1120661366 號公告及 112 年 7 月 12 日健保醫字第 1120662886 號公告。

二、查本件申請人向健保署核退其 112 年 6 月 25 日、7 月 15 日、29 日及 8 月 7 日計 4 次門診及 112 年 7 月 24 日至 26 日住院之醫療費用，經健保署分別於 112 年 10 月 13 日及 12 月 26 日各核付費用 1,528 元及 3,002 元，計 4,530 元，其餘未核付之醫療費用 7 萬 1,107 元(75,637 元-4,530 元=71,107 元)，包含 112 年 6 月 25 日門診費用差額 2,314 元、112 年 8 月 7 日門診費用 651 元，以及 112 年 7 月 24 日至 26 日住院費用差額 6 萬 8,142 元(70,260 元-2,118 元=68,142 元)，茲查核分述如下：

(一) 關於未准核退之 112 年 6 月 25 日門診費用差額 2,314 元(3,402 元-1,088 元=2,314 元)部分

此部分為申請人該次門診費用中超過核退上限之醫療費用，健保署未准核退，於法並無不合。

(二) 關於 112 年 8 月 7 日門診費用 651 元部分

此部分健保署業已於 113 年 2 月 20 日重新核定同意補付費用 651 元，爭議審議之標的已不存在。

(三) 關於未准核退 112 年 7 月 24 日至 26 日住院費用差額 6 萬 8,142 元(70,260 元-2,118 元=68,142 元)部分

此部分健保署業已重新核定同意按前開公告核退上限，住院每日 6,556 元，核付 2 日住院費用，扣除前已核付費用 2,118 元，補核退住院費用 1 萬 994 元(6,556 元 x 2 - 2,118 元 = 10,994 元)，併同前開補付 112 年 8 月 7 日門診費用 651 元，以 113 年 2 月 20 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補付醫療費用 1 萬 1,645 元(10,994 元 + 651 元 = 11,645 元)，重核補付之醫療費用，爭議審議之標的已不存在；至其餘未准核退之住院醫療費用差額 57,148 元(70,260 元 - 2,118 元 - 10,994 元 = 57,148 元)，為該次住院超過核退上限之醫療費用，健保署未准核退，核無不合。

三、綜上，原核定關於重新核定核退醫療費用 1 萬 1,645 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。至申請人所附「有關本國健保系統之建議書」部分，屬於人民對於行政興革之建議，尚非本件個案審議範圍，本部已於 112 年 12 月 19 日以衛部○字第 0000000000 號書函請健保署卓處，併予敘明。

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。

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

「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、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 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。」

五、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 月份之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。」