

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區上海市○人民醫院、上海○醫院。</p> <p>二、就醫原因：右肘鷹嘴骨折術後。</p> <p>三、就醫情形(依核定通知書之附件核退清單記載)：</p> <p>(一) 112 年 5 月 23 日、29 日及 113 年 1 月 18 日計 3 次急診。</p> <p>(二) 112 年 6 月 9 日、15 日、25 日、7 月 4 日、9 月 1 日、13 日、26 日、27 日、10 月 20 日、11 月 8 日、27 日、12 月 4 日、25 日及 113 年 1 月 26 日計 14 次門診。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>(一) 112 年 5 月 23 日、29 日計 2 次急診、112 年 6 月 9 日、15 日、25 日、7 月 4 日計 4 次門診及 113 年 1 月 18 日急診：該署已分別以 112 年 12 月 5 日受理號碼○及 113 年 5 月 2 日受理號碼○全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書核定在案，此部分重複申請，不予給付。</p> <p>(二) 112 年 9 月 1 日、13 日、26 日計 3 次門診：未附診斷書，該署前於 113 年 2 月 19 日已以申請文件查檢表臨櫃交付補件通知在案，申請人分別於 113 年 2 月 23 日、3 月 17 日以電子郵件補件，惟仍未補附上開門診診斷書，該署依現有書據審核，核定不予給付。</p> <p>(三) 112 年 9 月 27 日、10 月 20 日、11 月 8 日、27 日、12 月 4 日、25 日及 113 年 1 月 26 日計 7 次門診：經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，核定不給付。</p> <p>五、申請人不服，主張其於 113 年 2 月 19 日臨櫃申請核退，於 2 月 23 日、3 月 17 日郵件補充診斷書及收據後，承辦人員於 4 月 24 日來信要求補充 3 日診斷證明清楚版，經其在上海申請電子版後，於 113 年 5 月 31 日寄出，但健保署承辦人告知該署已結案而未予受理，請一併審議云云，檢附健保署前開核定通知書影本，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 55 條第 2 款。</p> <p>(二) 全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條、第 5 條第 1 項、附表及第 2 項。</p> <p>(三) 本部改制前行政院衛生署 91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函。</p>

二、查本件健保署系爭原核定固將申請人112年5月23日、29日、113年1月18日計3次急診及112年6月9日、15日、25日、7月4日計4次門診認定為重複申請，惟依卷附申請人填具檢附「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」及「全民健康保險自墊醫療費用核退申請金額明細表」及收費票據等資料顯示，該等日期之急診及門診，並不在申請核退之列，爰不列入本件審議範圍，本件審議範圍為申請人本次申請核退之112年9月1日、13日、26日、27日、10月20日、11月8日、27日、12月4日、25日及113年1月26日計10次門診費用，合先敘明。

三、健保署提具意見及補充意見

(一) 關於112年9月1日、13日及26日計3次門診部分

1. 經查該署臺北業務組「自墊醫療費用核退申請文件查檢表」下聯之「民眾收執聯」已敘明「請於即日起60日內以傳真或郵寄…併同擲回……；如無法於60日內補件，可申請展延(1次為限)，屆時未補件者，逕以所附書據審核或退件」等文字，本案查檢表之民眾收執聯已由臨櫃人員撕下併收件證明單交付申請人，申請人嗣於113年2月23日、3月17日(2次)以電子郵件補件，惟仍未補齊112年9月1日、9月13日、9月26日診斷書，該署爰於113年4月24日以電子郵件告知申請人補件仍未補齊後，申請人亦未再來信補件，該署乃依全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第5條規定逕依所送書據進行審核，並於113年5月9日核定不予給付該3次門診費用。

2. 另申請人雖於113年5月31日以電子郵件補112年9月1日、13日、26日相關書據(○之「康復計劃」、「醫學證明」、「病假單」等文件)，惟已逾補件期限。

(二) 關於112年9月27日、10月20日、11月8日、27日、12月4日、25日及113年1月26日計7次門診部分

為維護保險對象權益，該署復依申請人爭議審議申請書補述事實及理由，再送專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病。

四、關於112年9月1日、13日及26日計3次門診部分

(一) 按全民健康保險法第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5條第1項附表明訂：「申請核退醫療費用時應檢具之書據：二、醫療費用收據正本及費用明細。三、診斷書或證明文件。」，是保險對象申請核退醫療費用，應檢具診斷書或證明文件等資料，始得向健保署申請核退醫療費用，倘申請書據不全者，保險對象應自健保署通知之日起2個月內補件，屆

期未補件者，健保署逕依所送書據進行審核，合先敘明。

- (二) 經查本件申請人於 113 年 2 月 19 日向健保署申請核退此部分門診費用，僅檢附上海○醫院「收費結帳單」，並未一併檢附診斷書或證明文件，經健保署以「自墊醫療費用核退申請文件查檢表」通知申請人於 60 日內補件，惟申請人未於期限內補件，健保署核定不予給付，尚無不合。

五、關於 112 年 9 月 27 日、10 月 20 日、11 月 8 日、27 日、12 月 4 日、25 日及 113 年 1 月 26 日計 7 次門診部分

此部分經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「病情證明書」、「出院小結」、放射線報告、「門急診就醫記錄冊」等就醫相關資料影本顯示：

- (一) 查全民健康保險係強制性社會保險，雖肩負著保障全體國民健康之使命，惟基於財源之有限性與醫療資源分配正義性，以保險醫事服務機構所提供之適切、合理而有必要之基本醫療照護為前提。我國考量各國生活水準之差異，為維護整體保險對象權益之公平性，乃於全民健康保險法第 55 條第 2 款及第 56 條第 2 項規定：「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。」、「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。」，本部改制前行政院衛生署遂按上開法律授權訂定「全民健康保險自墊醫療費用核退辦法」，先予敘明。
- (二) 依前開規定，保險對象至非本保險醫療機構就醫，以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者，始得申請核退醫療費用，該核退內容自亦以適切、合理而有必要之緊急處置為限，又依本部改制前行政院衛生署 91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函釋意旨，前揭核退辦法並賦予保險人對臺灣地區外之核退案件，依例外從嚴之法理，有審核其醫療是否適當且合理之權限，亦有臺北高等行政法院 100 年度簡字第 767 號判決及臺灣士林地方法院 107 年度簡字第 20 號行政訴訟判決可資參照。
- (三) 申請人因右尺骨鷹嘴骨折內固定術後於 112 年 9 月 27 日至 113 年 1 月 26 日期間門診就醫 7 次，接受運動治療、超聲波治療、低頻脈沖電治療等復健治療處置，卷附就醫資料並無情況緊急之

相關描述，尚難佐證其於各該次門診就醫當時之病情屬全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條所定之緊急傷病範圍，系爭 7 次門診即難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

(四) 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退 112 年 9 月 27 日、10 月 20 日、11 月 8 日、27 日、12 月 4 日、25 日及 113 年 1 月 26 日計 7 次門診費用。

六、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。

中 華 民 國 113 年 9 月 19 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 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。」

二、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。」

三、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第5條第1項及第2項

「保險對象依本法第五十五條申請核退醫療費用時，其應檢具之書據，規定如附表。」「保險對象檢送申請書據不全者，應自保險人通知之日起二個月內補件；保險人於必要時，得依保險對象之申請予以延長，並以一次為限，最長不得逾二個月；屆期未補件者，逕依所送書據進行審核。」

四、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第5條第1項附表

附表、申請核退醫療費用時應檢具之書據（節錄）

符合本法第五十五條規定之保險對象	保險對象(由本人或委託人申請)	備註
一、於臺灣地區外就醫者 二、暫行停止給付期間，於非保險醫事服務機構就醫者(臺灣地區外)	一、醫療費用核退申請書。 二、醫療費用收據正本及費用明細。 三、診斷書或證明文件。 四、住院案件者：出院病歷摘要。 五、出海作業之船員：身分證明文件及當次出海作業起返日期證明文件。 六、當次出、入境證明文件影本或服務機關出具之證明。 註： 委託他人申請或保險對象未入境時，另需檢附委託書及受委託者之身分證影本。	一、收據正本及費用明細如有遺失或供其他用途者，應檢具原醫療機構加蓋印信證明與原本相符之影本，並出具聲明書註明無法提出原本之原因。收據影本加蓋印信證明確有困難者，可免加蓋印信，惟需出具聲明書註明無法提出原本之原因。 二、醫療費用收據正本、費用明細、診斷書或證明文件，如為英文以外之外文文件時，應檢附中文翻譯。

五、本部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。」