

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 113 年 4 月 26 日至 29 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 1 萬 8,505 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○○省○○○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：眩暈及泌尿道感染（依健保署意見書記載）。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>（一）113 年 4 月 26 日急診。</p> <p>（二）113 年 4 月 26 日至 29 日住院。</p> <p>四、醫療費用：急診及住院費用各折合新臺幣（下同）6,823 元及 1 萬 8,793 元，合計 2 萬 5,616 元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>（一）113 年 4 月 26 日急診：經專業審查，按健保署公告之「113 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」，急診每次 3,329 元，給付 1 次急診費用計 3,329 元，其餘醫療費用，不予給付。</p> <p>（二）113 年 4 月 26 日至 29 日住院：經專業審查，認為不符合不可預期之緊急傷病，故不給付。</p> <p>六、申請人就未准核退之住院費用部分不服，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 51 條第 4 款及第 55 條第 2 款。</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 2 款前段。</p> <p>二、關於住院醫療費用 1 萬 8,505 元部分</p> <p>此部分申請人於 113 年 9 月 23 日（本部收文日）申請審議後，業經健保署重新核定，同意依收據記載金額，於扣除本保險不給付之中成藥費 288 元後，核退 113 年 4 月 26 日至 29 日住院費用 1 萬 8,505 元（18,793 元-288 元=18,505 元），並於 113 年 9 月 27 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通知申請人，則此部分申請爭議審議標的已不存在。</p> <p>三、關於其餘未准核退之住院醫療費用差額 288 元部分</p> <p>此部分係申請人該次住院費用中本保險不給付之中成藥費共計 288 元，健保署未准核退，於法並無不合。</p> <p>四、綜上，原核定關於重新核定核退住院醫療費用 1 萬 8,505 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘住院醫療費用，健保署未准核退，並無不合，原核定關於此部分應予維持。</p> <p>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</p>

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 10 月 28 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 51 條第 4 款

「下列項目不列入本保險給付範圍：四、成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品。」

三、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。」

四、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條第 1 項第 2 款前段

「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。」