

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 112 年 6 月 13 日門診就醫自付之醫療費用計新臺幣 1,088 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：香港○○○○。</p> <p>二、就醫原因：COVID 及陰道炎(依健保署意見書記載)。</p> <p>三、就醫情形：112 年 6 月 13 日及 7 月 13 日計 2 次門診。</p> <p>四、醫療費用：各折合新臺幣(下同)計 3,743 元及 2,482 元。</p> <p>五、健保署 113 年 8 月 26 日健保○字第 0000000000 號函要旨： 申請人申請核退醫療費用，該署前於 113 年 3 月 7 日以健保○字第 0000000000 號函通知補件在案，申請人於 113 年 5 月 29 日以電子郵件申請延長補件，惟本案迄未接獲申請人之補件且已逾 4 個月之延長補件期限，該署依現有書據逕行審核，經該署專業審查，認定 112 年 6 月 13 日門診屬不可預期之緊急傷病；7 月 13 日非屬不可預期之緊急傷病，惟申請人未補齊核退申請書及受託人身分證影本，爰該署核定全案不予給付。</p> <p>六、申請人不服，主張其因經常不在台灣，故所有在台灣健保申請核退之相關處理均委託母親代為處理，5 月下旬接獲健保署承辦人員來電，請母親轉告其需申請延長補件才能繼續受理，因溝通時誤會以電子郵件申請延長辦理期限即為補件，加上代理人亦出國也未接獲任何要求補件之電話，直到 8 月底回國後接到所附之核定文件公文，才發現原來需要補的文件是指身分證明文件，另外 112 年 7 月 13 日之醫療需求是因為發高燒導致門診需求而經醫師判定為陰道炎云云，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> <p>(三) 全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條、第 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項。</p> <p>(四) 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> <p>(五) 健保署 112 年 4 月 13 日健保醫字第 1120661366 號公告。</p> <p>二、關於 112 年 6 月 13 日門診部分</p> <p>(一) 關於醫療費用 1,088 元部分 此部分申請人於 113 年 10 月 11 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意依健保署公告「112 年 4、5、6 月份全民</p>

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，於 113 年 10 月 24 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退該次門診費用計 1,088 元，則此部分申請爭議審議標的已不存在。

(二) 關於其餘未准核退之醫療費用差額 2,655 元(3,743 元-1,088 元=2,655 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。

三、關於 112 年 7 月 13 日門診部分

(一) 健保署提具意見

為維護保險對象權益，該署復將申請人爭議審議申請書補述事實、理由等資料，再送專業審查，仍認定 112 年 7 月 13 日門診非不可預期之緊急傷病，不予給付。

(二) 此部分經綜整申請審議理由、本部委請醫療專家審查意見及卷附「Official Receipt」等就醫資料影本顯示，申請人於 112 年 7 月 13 日門診，經診斷為「Vaginitis 陰道炎」，惟該診斷非屬全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條所列緊急傷病範圍，且所附就醫資料僅記載診斷，並無申請審議所稱高燒或情況緊急之相關描述，此次門診即難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

(三) 申請人主張其 112 年 7 月 13 日之醫療需求是因為發高燒導致門診需求而經醫師判定為陰道炎云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

1. 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。
2. 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。

3. 此部分除經有審核權限之機關健保署審查判斷外，本部復依前開規定，再委請醫療專家就申請人檢附之前開就醫資料專業判斷結果，亦認為申請人此次門診非屬因不可預期之緊急傷病而就醫，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

四、綜上，原核定關於重新核定核退申請人 112 年 6 月 13 日門診費用 1,088 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘醫療費用部分，健保署未准核退，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 11 月 29 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、精神病患者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。」

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。」

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。」

六、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。」