

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 112 年 11 月 28 日急診及 112 年 12 月 5 日門診就醫自付之醫療費用計新臺幣 3,190 元部分申請審議不受理。</p> <p>二、原核定關於未准核退 112 年 12 月 11 日住院就醫自付之醫療費用部分撤銷，由原核定機關另為適法之核定。</p> <p>三、其餘申請審議駁回。</p>
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區廣東省東莞市○醫院、○大學○中心及東莞○醫院等。</p> <p>二、就醫原因：視網膜裂孔、視網膜剝離等。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 112 年 11 月 26 日、27 日、12 月 5 日、6 日、7 日、12 日、28 日、30 日、113 年 1 月 9 日、2 月 29 日、4 月 2 日及 5 月 9 日計 12 次門診。</p> <p>(二) 112 年 11 月 28 日急診。</p> <p>(三) 112 年 12 月 11 日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計 8 萬 6,292 元(含 112 年 11 月 26 日、28 日及 12 月 5 日門、急診費用各 4,248 元、2,153 元、2,213 元；另 112 年 11 月 27 日、12 月 7 日門診費用及 112 年 12 月 28 日門診部分費用，因無收據，未予列計)。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 112 年 11 月 26 日門診：經專業審查，同意依健保署公告「112 年 10、11、12 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 1,037 元，給付費用 1,037 元，其餘醫療費用，不予核退。</p> <p>(二) 112 年 11 月 28 日急診、112 年 12 月 5 日、6 日、12 日、28 日、30 日、113 年 1 月 9 日、2 月 29 日、4 月 2 日及 5 月 9 日計 9 次門診，以及 112 年 12 月 11 日住院：經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，核定不予給付。</p> <p>(三) 112 年 11 月 27 日、12 月 7 日計 2 次門診及 112 年 12 月 28 日門診(部分費用)：缺收據，經健保署以 113 年 7 月 30 日健保北字第○號函通知補件，申請人於 113 年 8 月 2 日聲明不補件，該署依現有資料審核，核定不予給付。</p> <p>六、申請人主張其被人打傷，醫生診斷書上寫明了視網膜破孔，因為沒有固定好，造成視網膜剝離，而視網膜剝離無法搭飛機，因為高空</p>

氣壓，可能造成剝離更加嚴重云云，向本部申請審議。

理

由

一、法令依據

- (一) 全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款。
- (二) 全民健康保險法第 55 條第 2 款及第 56 條第 2 項。
- (三) 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、第 2 項、第 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項。
- (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。
- (五) 健保署 112 年 10 月 11 日健保醫字第 1120664226 號公告。

二、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見、卷附門(急)診病歷、門診病歷、疾病證明書、出院小結記錄、術後第 1 天複診記錄、眼科 AB 型超聲檢查報告單、眼科檢查影像等就醫資料影本及健保署意見書記載，顯示申請人因右眼外傷後眼前浮動黑影 1 天於 112 年 11 月 26 日門診，經診斷為「右眼視網膜裂孔 右眼眼挫傷」，於 11 月 27 日門診接受激光凝固治療，復因被打傷致頭部疼痛 2 天於 112 年 11 月 28 日急診，另因右眼前黑影伴視物模糊 1 天於 112 年 12 月 5 日門診，診斷為視網膜剝離等，醫囑建議手術治療，經 112 年 12 月 6 日門診檢查後，於 112 年 12 月 11 日入院接受「右眼後入路玻璃體切除術+視網膜前膜剝離術+玻璃體氣液交換術+視網膜病損激光凝固術+巩膜外冷凝術+玻璃體腔注藥術+玻璃體腔注氣術」治療，並於 112 年 12 月 12 日、28 日、30 日、113 年 1 月 9 日、2 月 29 日、4 月 2 日及 5 月 9 日複診，茲查核分述如下：

(一) 關於 112 年 11 月 28 日急診及 112 年 12 月 5 日門診費用部分

1. 關於 112 年 11 月 28 日急診費用 2,153 元及 112 年 12 月 5 日門診費用中 1,037 元部分

此部分申請人於 113 年 9 月 13 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意按收據記載金額，補核退 112 年 11 月 28 日急診費用 2,153 元，以及依前開健保署公告之「112 年 10、11、12 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 1,037 元，補核退 112 年 12 月 5 日門診費用 1,037 元，共計補核退 3,190 元(計算式：2,153 元+1,037 元=3,190 元)，並於 113 年 9 月 27 日以受理號碼○全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書通知申請人在案，則此部分申請爭議審議標的已不存在。

2. 關於其餘未准核退之 112 年 12 月 5 日門診費用差額 1,176 元(2,213 元-1,037 元=1,176 元)部分

此部分係申請人該次門診費用超過核退上限之醫療費用，健保署

不予核退，核無不合。

(二) 關於 112 年 11 月 26 日門診費用差額 3,211 元(4,248 元-1,037 元=3,211 元)部分

此部分係申請人該次門診費用超過核退上限之醫療費用，健保署不予核退，核無不合。

(三) 關於 112 年 11 月 27 日、12 月 7 日計 2 次門診費用及 112 年 12 月 28 日門診部分費用部分

1. 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，應檢具收據、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。

2. 此部分申請人僅檢附 112 年 11 月 27 日門(急)診病歷、112 年 12 月 7 日門診病歷及 112 年 12 月 28 日門診檢查治療憑單 2 紙，向健保署申請核退醫療費用，並未檢附 112 年 11 月 27 日、12 月 7 日門診收據正本、費用明細及前開 112 年 12 月 28 日門診檢查費之付款證明供核，與前揭規定不符，經健保署以 113 年 7 月 30 日健保北字第○號函通知申請人於通知之日起 2 個月內補件，嗣經申請人於 113 年 8 月 2 日以電子郵件表示「沒發票就不申請了」等語，則健保署逕依所送書據審核，核定不予給付，經核並無不合。

(四) 關於其餘未准核退 112 年 12 月 6 日、12 日、28 日、30 日、113 年 1 月 9 日、2 月 29 日、4 月 2 日及 5 月 9 日計 8 次門診及 112 年 12 月 11 日住院費用部分

1. 此部分經本部委請醫療專家審查結果，認為申請人因外傷前於 112 年 11 月 27 日接受右眼視網膜裂孔雷射治療後，於 112 年 12 月 5 日門診診斷視網膜剝離，於 112 年 12 月 11 日住院接受手術治療，依其病情變化，住院 1 日尚屬合理；至於其餘 112 年 12 月 6 日、12 日、28 日、30 日、113 年 1 月 9 日、2 月 29 日、4 月 2 日及 5 月 9 日計 8 次門診，屬術前、術後檢查及複診追蹤，不屬於緊急傷病範圍。

2. 綜合判斷：同意核退 112 年 12 月 11 日住院費用，不予核退 112 年 12 月 6 日、12 日、28 日、30 日、113 年 1 月 9 日、2 月 29 日、4 月 2 日及 5 月 9 日計 8 次門診費用。

三、綜上，原核定關於重新核定核退申請人於 112 年 11 月 28 日急診

及 112 年 12 月 5 日門診費用計 3,190 元部分，應不予受理；原核定關於 112 年 12 月 11 日住院費用部分撤銷，由原核定機關另為適法之核定；至原核定關於未准核退之其餘醫療費用部分，健保署未准核退，並無不合，此部分原核定應予維持。

據上論結，本件申請為部分不受理，部分有理由，部分無理由，爰依全民健康保險法第 6 條、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款及第 19 條第 1 項暨第 2 項規定，審定如主文。

中 華 民 國 113 年 12 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、全民健康保險法第 56 條第 2 項

「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。」

四、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。」

五、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。」

六、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。

七、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。」

八、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。」

九、健保署 112 年 10 月 11 日健保醫字第 1120664226 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 10、11、12 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 10 月至 112 年 12 月	1,037	3,340	6,575

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。」