

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 113 年 7 月 25 日門診就醫自付之醫療費用計新臺幣 259 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○○中心及○○市○○中心。</p> <p>二、就醫原因：普通感冒、呼吸道病毒感染。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 113年7月25日、26日、27日及8月10日計4次門診。</p> <p>(二) 113年7月27日至31日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計2萬8,288元(其中113年7月25日、27日門診部分各611元、2,562元)。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 113年7月27日門診：依健保署公告之「113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1,023元，核退1次門診費用1,023元；其餘醫療費用，不予核退。</p> <p>(二) 113年7月26日門診：缺診斷書，不予核退。</p> <p>(三) 113年7月25日、8月10日門診及113年7月27日至31日住院：2次門診部分，非屬不可預期之緊急傷病；住院部分，7月27日無發燒或氣促，血壓正常，白血球/呼吸音無明顯異常，無住院適應症，均不予核退。</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5條第1項暨附表、第2項、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113年7月5日健保醫字第1130663130號公告。</p> <p>二、關於113年7月25日、27日、8月10日門診及113年7月27日至31日住院部分</p> <p>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「處方箋」、「檢驗報告單」、「出院記錄」、「門診病歷」等就醫相關資料影本顯示，申請人於113年7月25日至大陸地區○○省○○中心門診，診斷為「呼吸道感染」，113年7月27日至大陸地區武漢市婦女兒童醫療保健中心門診，主訴「持續發熱伴陣咳5天」，</p>

當天收治入院，113年7月27日氣管CT檢查為雙側肺炎，診斷為「濃毒血症，支氣管肺炎，支原體感染」，113年7月31日出院，並於113年8月10日門診，分述如下：

(一) 關於113年7月25日門診費用611元部分

1. 關於醫療費用259元

此部分申請人於113年11月4日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意給付該次門診費用，並按收據記載金額，扣除本保險不給付之中成藥費352元後，核退259元(611元-352元=259元)，並於113年11月21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。

2. 關於其餘未准核退之醫療費用差額352元部分

此部分門診費用差額係該次門診費用中不列入本保險給付範圍之中成藥費352元，健保署不予核退，核無不合。

(二) 關於未准核退之113年7月27日門診醫療費用差額1,539元(2,562元-1,023元=1,539元)部分

此部分申請人於113年7月27日門診就醫，業經健保署認屬臺灣地區外發生不可預期之緊急傷病而就醫，並依前開公告核退上限，門診每次1,023元，核退1次門診費用1,023元有案，已如前述，其餘係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113年7月27日至31日住院及113年8月10日門診費用部分

1. 此部分經本部委請醫療專家審查結果，認為申請人於113年7月27日因「持續發熱伴陣咳5天」住院就醫，固經診斷為「濃毒血症，支氣管肺炎，支原體感染」，惟入院當時體溫36.3°C，呼吸22次/分，脈搏108次/分，血壓102/75mmHg，生命徵象穩定，且神智清楚，呼吸未聞及肺部囉音，血液細菌培養未見細菌生長，各項病毒核酸檢驗呈現陰性，肝腎各項功能檢查正常，113年7月31日出院，113年8月10日複診，所附就醫資料並無情況緊急之相關描述，此部分住院及門診均尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

2. 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退113年7月27日至31日住院及113年8月10日門診費用。

三、關於113年7月26日門診費用部分

(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 項附表已明訂，保險對象申請核退醫療費用時應檢具之書據，包含診斷書或證明文件等，是保險對象申請核退醫療費用，應檢具診斷書或證明文件，始得向健保署申請核退醫療費用，如申請書據不全者，依前揭全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 2 項規定，應於健保署通知之日起 2 個月內補件。

(二) 健保署提具意見及補充意見

申請人申請核退自墊之醫療費用，其中 113 年 7 月 25 日、26 日門診缺診斷書或證明文件，113 年 8 月 10 日缺醫療費用收據明細，前經該署○○業務組於 113 年 9 月 6 日以健保○○○字第 0000000000 號書函通知補件，申請人父親於 113 年 9 月 18 日(誤植為 19 日)以電子郵件傳送補件資料，惟尚缺少 113 年 7 月 26 日門診之診斷書，經該署 113 年 9 月 19 日再以電子郵件詢問是否補件未果，乃以電話聯繫申請人母親表示，略以 113 年 7 月 26 日門診不補件等語，申請人此次門診就醫未檢附診斷書或證明文件，不符合申請條件。

(三) 查申請人向健保署申請核退此部分 113 年 7 月 26 日門診就醫之醫療費用，僅檢附「門診收費票據」，並未依規定檢附診斷書或證明文件，經健保署○○業務組通知補件，申請人未補件，且迄於 113 年 11 月 4 日(本部收文日)申請審議時，申請人仍未補附診斷書或證明文件供核，足見申請人無法提供該次門診之診斷書或證明文件，核與前開全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條附表規定不符，健保署不同意核退此部分醫療費用，尚非無據。

四、申請人主張其 113 年 7 月 25 日檢查報告，C 反應及超敏 C 反應蛋白超標，於 113 年 7 月 26 日晚高燒不退，於社區醫院掛點滴，醫師要求轉大醫院，其確診為雙肺肺炎及濃毒血症(敗血症)，要求緊急住院，原要求住院 7 日，但因怕交叉感染，住院 4 日，其後改為酒店隔離云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(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) 本件申請人系爭住院及 4 次門診，其中 113 年 7 月 25 日及 27 日門診部分，業經健保署核定或重新核定核退在案，而 113 年 7 月 26 日門診部分，申請人並未依規定檢附診斷證明文件，其餘住院及 113 年 8 月 10 日門診部分，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。

五、綜上，原核定關於重新核定核退 113 年 7 月 25 日門診醫療費用 259 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。

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 5 條第 1 項及附表暨第 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。」「申請核退醫療費用時應檢具之書據：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。」「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。」

五、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每次、門診每人每次、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。」

六、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。」

七、健保署 113 年 7 月 5 日健保醫字第 1130663130 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113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： 單位：元

項目 年月	門診 (每次)	急診 (每次)	住院 (每日)
113年7月至 113年9月	1,023	3,403	6,362

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。」