

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、就醫地點：○○醫院。</p> <p>二、就醫情形：</p> <p>(一) 112 年 8 月 24 日至 31 日住院。</p> <p>(二) 112 年 9 月 4 日、25 日及 11 月 20 日計 3 次門診。</p> <p>三、醫療費用：計新臺幣(下同)1 萬 8,778 元(含部分負擔費用 7,278 元)。</p> <p>四、申請人於 113 年 5 月 14 日郵寄「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」，申請核退前開住院及 3 次門診之重大傷病部分負擔費用，經健保署以系爭 113 年 8 月 2 日受理號碼 0000000000 全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書核定，要旨如下：</p> <p>(一) 112 年 8 月 31 日出院，112 年 9 月 4 日及 25 日門診，已逾 6 個月申請期限，歉難核退。</p> <p>(二) 另 112 年 11 月 20 日門診，在重大傷病證明 113 年 5 月 3 日核准日前，無法核退。</p> <p>五、申請人不服，主張其 112 年 8 月 24 日至○○醫院住院就醫，後診斷出患有甲(<math>\alpha</math>)型地中海型貧血，出院後回診有請問醫師可否申請重大傷病卡，醫師表示其症狀無法申請，如果執意要申請，可以請別家醫院醫師代為申請，後來因仍會頭暈不適，至○○○○分院檢查，才診斷是甲型地中海型貧血中重症，並協助申請重大傷病卡，並非有意不在限期內申請云云，向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 48 條第 1 項第 1 款及第 2 項、第 55 條第 4 款及第 56 條第 1 項第 1 款前段。</p> <p>(二) 全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 5 條第 1 項前段、第 6 條第 1 項第 1 款及第 2 項。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>(一) 經查申請人 113 年 5 月 3 日由○○○○分院代辦申請重大傷病證明，113 年 5 月 6 日核定重大傷病證明，效期 113 年 5 月 3 日至 118 年 5 月 2 日，申請系爭就醫日期皆於 113 年 5 月 3 日重大傷病證明核定生效前，不予給付。</p> <p>(二) 為維護申請人權益，該署依申請人申請審議理由，於 113 年 9 月 19</p>

日函請○○醫院說明申請人住院期間是否符合重大傷病申請要件，○○醫院於113年10月9日回復，略以申請人112年8月16日因發燒就醫，112年8月24日至31日血液腫瘤科住院治療，初步診斷為急性溶血性貧血，治療期間因疾病未明確，需持續觀察，評估其病況尚未達甲( $\alpha$ )型地中海型貧血重大傷病之條件，故未協助申請重大傷病等語。該署為保障申請人權益，復依113年10月9日醫院檢附申請人112年8月24日至31日住院相關病歷送請血液腫瘤科專審結果，申請人此次住院主要為感染治療，依病歷記載不符合常態Hb < 8.0之狀況，不符合甲( $\alpha$ )型地中海型貧血重大傷病之要件，爰維持原議，不予給付。

### 三、關於112年8月24日至31日住院及112年9月4日、25日門診部分

- (一) 依全民健康保險法第55條第4款及第56條第1項第1款前段規定，保險對象於保險醫事服務機構診療或分娩，因不可歸責於保險對象之事由，致自墊醫療費用者，應於門診、急診治療當日或出院之日起6個月內，申請核退自墊醫療費用。是以，保險對象申請核退自墊醫療費用之6個月期限，係自其門診、急診治療當日或出院之日起計6個月，審諸其意甚明。
- (二) 此部分經審查卷附全民健康保險自墊醫療費用核退申請書(含信封)、○○醫院收據(住院、門診)副本及健保署意見書記載，認為申請人於112年8月24日至31日住院及112年9月4日、25日門診，依前揭全民健康保險法第56條第1項第1款前段規定，申請人應分別自該出院之日及各該次門診治療當日起6個月內(期間末日分別為113年2月29日、3月4日及25日)，申請核退其自付之部分負擔醫療費用，惟申請人迄於113年5月14日始向該署提出此部分住院及2次門診部分負擔醫療費用核退之申請，有卷附申請人郵寄「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」信封上之中華郵政股份有限公司掛號郵戳可按，復為申請人所不否認，此部分即已逾6個月申請期限，健保署未准核退，於法並無不合。

### 四、關於112年11月20日門診部分

- (一) 按「重大傷病證明，以保險對象提出申請之日為生效日。」為全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第5條第1項前段所明定。又依同辦法第6條第1項第1款及第2項規定：「(第1項

第 1 款)保險對象持有效期間內重大傷病證明就醫，其免自行負擔費用範圍如下：一、重大傷病證明所載傷病，或經診治醫師認定與該傷病相關之治療。」「(第 2 項)保險對象如因重大傷病住院，並於住院期間申請獲准發給該項重大傷病證明者，其當次住院免自行負擔費用；如住院期間之檢驗報告，於出院後始經確定診斷屬於重大傷病，並據以申請獲准發給該項重大傷病證明，其施行該確定診斷檢驗之當次住院及出院後之相關門診，亦免自行負擔費用。」，是持有重大傷病證明之保險對象原則上須於重大傷病證明有效期間內就醫，並符合重大傷病證明所載病名之傷病或該傷病之相關治療，始得免除自行負擔費用；而所指可回溯至重大傷病證明生效日前之住院免部分負擔費用，係指申請獲准發給重大傷病證明之依據為該次住院期間所施行之檢驗結果，而於出院後始經確定診斷符合該重大傷病證明所載病名之情形，合先敘明。

(二) 此部分經審查卷附「門診收據副本」、「全民健康保險重大傷病核定審查通知書」、「重大傷病申請資料維護」等相關資料影本及健保署意見書記載，認為申請人係由○○○○分院於 113 年 5 月 3 日代向健保署提出重大傷病證明之申請，經健保署審查同意核發診斷病名為「甲( $\alpha$ )型地中海型貧血」(ICD-10-CM: D560)之重大傷病證明，有效起迄日為申請日 113 年 5 月 3 日至 118 年 5 月 2 日，而申請人 112 年 11 月 20 日至○○醫院門診，並非重大傷病證明有效期間內就醫，亦非例外得回溯重大傷病證明生效前免部分負擔費用之就醫，不符合全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 6 條規定得免除部分負擔費用之條件，即應由申請人自行負擔費用。

五、綜上，健保署未准核退系爭住院及門診部分負擔費用，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 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、全民健康保險法第 48 條第 1 項第 1 款及第 2 項

「保險對象有下列情形之一者，免依第四十三條及前條規定自行負擔費用：一、重大傷病。」「前項免自行負擔費用範圍、重大傷病之項目、申請重大傷病證明之程序及其他相關事項之辦法，由主管機關定之。」

二、全民健康保險法第 55 條第 4 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：四、保險對象於保險醫事服務機構診療或分娩，因不可歸責於保險對象之事由，致自墊醫療費用。」

三、全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款前段

「保險對象依前條規定申請核退自墊醫療費用，應於下列期限內為之：一、依第一款、第二款或第四款規定申請者，為門診、急診治療當日或出院之日起六個月內。

四、全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 5 條第 1 項前段

「重大傷病證明，以保險對象提出申請之日為生效日。」

五、全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 6 條第 1 項第 1 款及第 2 項

「保險對象持有效期限內重大傷病證明就醫，其免自行負擔費用範圍如下：一、重大傷病證明所載傷病，或經診治醫師認定為該傷病相關之治療。」「保險對象如因重大傷病住院，並於住院期間申請獲准發給該項重大傷病證明者，其當次住院免自行負擔費用；如住院期間之檢驗報告，於出院後始經確定診斷屬於重大傷病，並據以申請獲准發給該項重大傷病證明，其施行該確定診斷檢驗之當次住院及出院後之相關門診，亦免自行負擔費用。」