

審 定

主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：美國○○。</p> <p>二、就醫原因：齲齒。</p> <p>三、就醫情形：112年10月31日及11月2日計2次門診。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>(一) 申請人申請核退醫療費用，該署前於113年5月15日以健保北字第0000000000號函通知補112年10月31日及11月2日門診診斷證明文件、付款證明及收據非正本聲明書在案。</p> <p>(二) 有關申請人申請核退於美國112年10月31日及11月2日計2次門診醫療費用，申請人於113年7月5日補件僅補112年11月2日門診診斷書及收據非正本聲明書，並聲明不補112年10月31日門診診斷書，該署依現有書據逕行審核，112年11月2日門診經該署專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，另112年10月31日因未補件，爰全案核定不予給付。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第55條第2款。</p> <p>(二) 全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第3條、第5條第1項及附表暨第2項。</p> <p>(三) 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>二、關於112年10月31日門診部分</p> <p>(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，保險對象應於健保署通知之日起2個月內補件，屆期未補正者，健保署逕依所送書據進行審核，合先敘明。</p> <p>(二) 健保署提具意見</p> <p>申請人申請核退112年10月31日及11月2日計2次門診費用，惟未檢附診斷書，該署於113年5月15日以健保北字第0000000000號函通知補件，申請人於113年7月5日臨櫃補件，僅補112年11月2日門診診斷書，並聲明112年10月31日門</p>

診不補件，爰該署依現有書據審核，核定不予給付。申請人復於申請審議時仍未補齊診斷書且已於113年7月5日聲明不補件，爰仍維持原核定，不同意給付。

- (三) 此部分申請人僅檢附記載收費項目及金額之「STATEMENT OF ACCOUNT」，並未依規定檢附診斷書或證明文件，經申請人於113年7月5日(健保署收件日)於【無法提供醫療費用收據正本】聲明書，聲明「112年10月31日門診為檢查，確認不補診斷書」，已如前述，此亦為申請人所不否認，而迄於113年9月11日(本部收文日)申請審議時，申請人亦未補附診斷書或證明文件供核，健保署不同意核退此部分醫療費用，核無不合。

三、關於112年11月2日門診部分

- (一) 健保署提具意見

為維護申請人權益，該署復將申請人爭議審議申請書補述事實及理由，再送專業審查，認定112年11月2日門診非不可預期之緊急傷病，仍維持原核定，不同意給付。

- (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「CERTIFICATE OF DIAGNOSIS」等相關就醫資料影本顯示，申請人於112年11月2日門診就醫，診斷為「Plaque induced gingivitis; #18 o decay; #19 DOB decay; #31 o decay」(牙菌斑導致之齒齦炎; #18、#19、#31 齲齒)，醫囑記載「Above following cavities were treated with composite and prophylaxis cleaning.」(上述蛀牙均採用複合和預防性清潔治療)，惟上開診斷非屬全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第3條所定之緊急傷病範圍，且卷附該次門診就醫資料亦無情況緊急之相關描述，尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

- (三) 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退112年11月2日門診費用。

四、申請人主張其於美國因牙齒不適就醫，經檢查需要實施補牙處置，經其了解嚴重性及風險後，同意進行，其狀況實屬不可預期之傷病，其不認同健保署審查結果云云，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 2 次門診就醫，其中 112 年 10 月 31 日門診未檢附診斷書，另 112 年 11 月 2 日門診，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，亦認為申請人該次門診非屬不可預期之緊急傷病，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

五、綜上，健保署函知申請人，略以申請人聲明不補 112 年 10 月 31 日門診診斷書，該署依現有書據逕行審核，112 年 11 月 2 日門診經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，全案核定不予給付等語，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。

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 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。」

二、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。」

三、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。」

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

「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。」