

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 24 日至 30 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 3 萬 5,973 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○○○○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：三叉神經帶狀疱疹(依健保署意見書記載)。</p> <p>三、就醫情形：113 年 7 月 24 日至 30 日住院。</p> <p>四、醫療費用：計折合新臺幣(下同)3 萬 7,693 元。</p> <p>五、核定內容： 經專業審查核定，改核 1 次門診，按健保署公告之「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，給付 1 次門診費用 1,023 元，其餘醫療費用不予核退。</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) 全民健康保險法第 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 6 條第 1 項第 2 款前段。</p> <p>二、關於醫療費用 3 萬 5,973 元部分</p> <p>此部分申請人於 113 年 11 月 6 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意依收據記載金額，於扣除原已核付 1 次門診費用 1,023 元及本保險不給付之中成藥費 697 元後，補核退申請人系爭住院醫療費用計 3 萬 5,973 元(37,693 元-1,023 元-697 元=35,973 元)，並於 113 年 11 月 8 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。</p> <p>三、關於其餘未准核退之醫療費用差額 697 元部分</p> <p>此部分係申請人住院費用中本保險不給付之中成藥費共計 697 元，健保署未准核退，於法並無不合。</p> <p>四、綜上，原核定關於重新核定核退醫療費用 3 萬 5,973 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 697 元，健保署未准核退，並無不合，原核定關於此部分應予維持。</p> <p>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。</p>

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 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 6 條第 1 項第 2 款前段

「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。」