

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 113 年 6 月 30 日、7 月 1 日門診及 113 年 7 月 1 日至 3 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 1 萬 2,729 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：頻發性室性期前收縮、房性期前收縮[房性早博]、可疑冠心病觀察、高膽固醇血症、高血壓病 2 級(中危)、腎結石、腎先天畸形 (依健保署意見書記載)。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 113 年 6 月 29 日急診。</p> <p>(二) 113 年 6 月 30 日及 7 月 1 日計 2 次門診。</p> <p>(三) 113 年 7 月 1 日至 3 日住院。</p> <p>四、醫療費用：計折合新臺幣(下同)1 萬 5,454 元(含 113 年 6 月 30 日、7 月 1 日門診及 113 年 7 月 1 日至 3 日住院醫療費用各 2,475 元、1,045 元及 1 萬 726 元)。</p> <p>五、健保署 113 年 11 月 11 日健保○字第 0000000000 號函要旨</p> <p>(一) 申請人申請核退 113 年 6 月 29 日(急診)、30 日、7 月 1 日計 3 次門急診及 113 年 7 月 1 日至 3 日住院醫療費用，該署前於 113 年 8 月 13 日已以申請文件查檢表臨櫃交付補件通知在案。</p> <p>(二) 申請人於 113 年 8 月 28 日臨櫃補件僅提供 113 年 6 月 30 日、7 月 1 日計 2 次門診檢查報告、113 年 7 月 1 日至 3 日住院疾病證明單及出院紀錄，並聲明已無進一步資料可以補充，該署依現有書據進行審核，經專業審查認定 113 年 6 月 30 日、7 月 1 日計 2 次門診及 113 年 7 月 1 日至 3 日住院皆非屬不可預期之緊急傷病，另 113 年 6 月 29 日急診書據不全，全案核定不予給付。</p> <p>六、申請人不服，主張其事實是突發心臟異常跳動、無法行動，113 年 6 月以前其沒有心臟病史以及就診紀錄，叫救護車緊急送醫後，經過藥物治療、氧氣輸送才緩和，同時醫生建議手術電擊心律不整處，其認為應屬「不可預期」及「緊急傷病」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 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、附表、第 2 項、第 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項。</p> <p>(四) 健保署 113 年 4 月 11 日健保醫字第 1130661547 號公告及 113 年</p>

7月5日健保醫字第1130663130號公告。

二、關於113年6月29日急診部分

- (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，應檢具收據正本及診斷證明文件等資料，始得向健保署申請核退醫療費用，審諸其意甚明。
- (二) 查申請人於113年8月13日臨櫃向健保署申請核退此部分就醫之醫療費用，僅檢附「門診收費票據(電子)」，經健保署當日以「健保署○○業務組自墊醫療費用核退申請文件查檢表」通知申請人需補件診斷書或證明文件，申請人並於113年8月28日聲明「……無進一步資料可以補充」等語，則健保署據以依現有書據逕行審核，以系爭113年11月11日健保○字第0000000000號函核定不給付，於法並無不合。

三、關於113年6月30日、7月1日2次門診及113年7月1日至3日住院部分

- (一) 關於醫療費用1萬2,729元部分
此部分申請人於113年12月3日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意分別按健保署公告之「113年4、5、6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980元，及「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，核退系爭113年6月30日及7月1日門診費用，及按收據記載金額核實給付113年7月1日至3日住院費用1萬726元，共計1萬2,729元(980元+1,023元+10,726元=12,729元)，並於113年12月10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在案，則此部分申請爭議審議標的已不存在。
- (二) 關於其餘未准核退之2次門診醫療費用差額1,517元(計算式：2,475元-980元+1,045元-1,023元=1,517元)部分
此部分係申請人系爭113年6月30日及7月1日2次門診費用中超過核退上限之醫療費用計1,517元，健保署未准核退，於法並無不合。

四、綜上，原核定關於重新核定核退醫療費用1萬2,729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，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。

中 華 民 國 114 年 1 月 23 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、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 1 項、附表及第 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。」

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。	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

	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。	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。
--	--	---

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。」

五、健保署 113 年 4 月 11 日健保醫字第 1130661547 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 4、5、6 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 4 月至 113 年 6 月	980	3,329	6,353

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。」

六、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。」