

# 衛生福利部全民健康保險爭議審定書

衛部爭字第 1153400822 號

申請人	熊英秀	代表人	
機構代碼			
地址			
代理人		地址	
健保署核定文件	衛生福利部中央健康保險署（以下簡稱健保署）115 年 2 月 10 日健保北字第 1158202276 號函。		
請求事項			
<b>審 定</b>			
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 114 年 10 月 24 日門診就醫自付之醫療費用計新臺幣 1,072 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、就醫地點：基督復臨安息日醫療財團法人臺安醫院（以下簡稱臺安醫院）。</p> <p>二、就醫情形：未帶健保卡於 114 年 10 月 24 日門診，自付醫療費用新臺幣(下同)1,900 元（含掛號費 200 元、牙科治療費 1,700 元）。</p> <p>三、核定內容： 申請人申請核退於臺安醫院 114 年 10 月 24 日門診醫療費用，自墊費用原因填載「牙齒治療牙痛時間持續所致」，經查申請人於 114 年 10 月 31 日、11 月 1 日及 5 日皆有持健保卡至他院就醫紀錄，申請人非因不可歸責於保險對象之事由未於 10 日內（不含例假日）回原院所補卡退費，所請核退，該署未便同意。</p> <p>四、申請人主張其於 114 年 10 月 24 日至臺安醫院門診就醫，當日因未隨身攜帶健保卡，院方先以自費方式收取醫療費用，當日院方即交付其「未帶健保 IC 卡就醫補卡退費須知」之書面說明，內容載明補卡退費期限為「就醫日起 7 日內（不含例假日）」，其過往數年就醫期間未曾發生忘記攜帶健保卡而需辦理補卡退費之情形，對相關程序並無實務經驗，故依院方當日交付之書面退費說明內容理解退費期限為 7 日，並始終依該書面內容為認知，就診後數日，其另行至住家附近之耳鼻喉科就醫，當時就醫係為處理身體狀況，並未以辦理退費事宜為優先考量，院方當日交付其書面退費說明載明補卡退費期限為 7 日，與法規所定 10 日期限存在差異，此情形並非可歸責於其本人，亦非故意放棄保險給付權利，僅因院方書面說明與法規期限存在差異，致未能於法定期間內辦理等語，向本</p>		

	部申請審議。
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 43 條第 1 項前段、第 3 項、第 51 條第 10 款及第 55 條第 4 款。</p> <p>二、關於醫療費用 1,072 元部分</p> <p>此部分申請人於 115 年 2 月 24 日 (本部收文日) 申請審議後，業經健保署重新審核認定申請人未能於 10 日內 (不含例假日) 回臺安醫院退費的理由，屬不可歸責於保險對象之事由，乃依臺安醫院提供之健保醫令明細及本保險支付標準 [診察治療費-00306C (362 元), 91004C (660 元), 91014C (100 元)，計 1,122 元]，扣除牙醫門診應自行負擔之部分負擔計 50 元，重新核定核退 114 年 10 月 24 日門診醫療費用計 1,072 元 (計算式：362 元+660 元+100 元-50 元=1,072 元)，並於 115 年 4 月 7 日以受理號碼 1151600753 全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書核退申請人醫療費用 1,072 元在案，則此部分申請爭議審議標的已不存在。</p> <p>三、關於其餘未准核退醫療費用差額 828 元部分</p> <p>此部分係申請人該次門診費用中不列入本保險給付範圍之掛號費 200 元、申請人應自付之部分負擔 50 元及健保醫令總價與收據金額差額 578 元 (1,700-1,122 元=578 元)，共計 828 元 (200 元+50 元+578 元=828 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 1,072 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 828 元部分，健保署未准核退，並無不合，原核定關於此部分應予維持。</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 115 年 5 月 6 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 43 條第 1 項前段及第 3 項

「保險對象應自行負擔門診或急診費用之百分之二十，居家照護醫療費用之百分之五。」「第一項應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依診所及各級醫院前一年平均門診費用及第一項所定比率，以定額方式收取，並每年公告其金額。」

三、全民健康保險法第 51 條第 10 款

「下列項目不列入本保險給付範圍：十、病人交通、掛號、證明文件。」

四、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。」