

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 114 年 10 月 25 日急診就醫自付之醫療費用計新臺幣 2,830 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：日本○○。</p> <p>二、就醫原因：急性咽喉炎及急性副鼻腔炎(依健保署意見書記載)。</p> <p>三、就醫情形：114 年 10 月 25 日急診。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)3,639 元。</p> <p>五、核定內容： 申請人 114 年 10 月 25 日於日本就醫，經專業審查，認為不符合本保險不可預期之緊急傷病核退範圍，所請自墊醫療費用，歎難核付。</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 10 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 2,830 元部分</p> <p>此部分申請人於 115 年 1 月 13 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意核退 114 年 10 月 25 日急診費用，並按收據記載金額，扣除不列入本保險給付範圍之證書費 809 元後，補核退該次急診費用 2,830 元(3,639 元-809 元=2,830 元)，並於 115 年 1 月 19 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核付申請人在案，則此部分申請爭議審議標的已不存在。</p> <p>三、關於其餘未准核退之醫療費用差額 809 元部分</p> <p>此部分為申請人系爭 114 年 10 月 25 日急診費用中不列入本保險給付範圍之「文書」(證書)費用 809 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 2,830 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 809 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 115 年 3 月 3 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 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。」

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。」