

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 114 年 9 月 18 日門診就醫自付之醫療費用計新臺幣 1,039 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：美國○○等。</p> <p>二、就醫原因：玻璃體出血(Vitreous Hemorrhage)等。</p> <p>三、就醫情形：114 年 6 月 27 日、8 月 19 日、20 日(2 次)、25 日、30 日、9 月 3 日(2 次)、15 日、18 日及 26 日計 11 次門診。</p> <p>四、醫療費用：計折合新臺幣(下同)5 萬 3,941 元(其中 114 年 9 月 18 日門診費用為 4 萬 5,436 元)。</p> <p>五、核定內容： 經審查核定，114 年 9 月 18 日糖尿病合併症玻璃體出血，非屬不可預期之緊急傷病。另其他日期缺診斷書，申請人 115 年 1 月 9 日 e-mail 回復無法補件，核定不予給付。</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 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 項及附表、第 2 項、第 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項。</p> <p>(四) 健保署 114 年 7 月 31 日健保醫字第 1140663411 號公告。</p> <p>二、關於 114 年 6 月 27 日、8 月 19 日、20 日(2 次)、25 日、30 日、9 月 3 日(2 次)、15 日及 26 日計 10 次門診部分</p> <p>(一) 依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 項規定，保險對象申請核退自墊之醫療費用時，應檢具之書據包括醫療費用收據正本、費用明細、診斷書或證明文件等資料供健保署審查，倘檢送申請書據不全者，應自健保署通知之日起 2 個月內補件，屆期未補件者，健保署逕依所送書據進行審核，審諸其意甚明。</p> <p>(二) 此部分申請人 114 年 6 月 27 日、8 月 19 日、20 日(2 次)、25 日、30 日、9 月 3 日(2 次)、15 日及 26 日計 10 次於臺灣地區外門診就醫，於 114 年 12 月 1 日向健保署申請自墊醫療費用核退，經健保署○○業務組審查結果，以 114 年 12 月 12 日健保</p>

○費○字第 0000000000 號書函通知申請人於通知之日起 2 個月內補送診斷證明書，申請人於 115 年 1 月 9 日以電子郵件表示「因我目前在國外，無法提供其他診斷書，麻煩您以九月十八日的相關資料申請核退」等語，復為申請人所不否認，則健保署依現有書據逕行審核，於 115 年 1 月 23 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定不給付，於法並無不合。

三、關於 114 年 9 月 18 日門診部分

(一) 關於醫療費用 1,039 元部分

此部分申請人於 115 年 2 月 24 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意核退 1 次門診費用，依健保署公告「114 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 1,039 元，補核退 1 次門診費用 1,039 元，並於 115 年 3 月 12 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。

(二) 關於其餘未准核退之門診費用差額 4 萬 4,397 元(45,436 元-爭審後補付 1,039 元=44,397 元)部分

此部分為申請人系爭門診費用中超過核退上限之醫療費用，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 1,039 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。

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、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 114 年 7 月 31 日健保醫字第 1140663411 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 114 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)
114 年 7 月至 114 年 9 月	1,039	3,351	6,828

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。」

