

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 114 年 7 月 7 日急診及 114 年 7 月 8 日門診就醫自付之醫療費用計新臺幣 3,785 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：左眼急性結膜炎、左眼結膜及角膜擦傷等。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>（一）114年7月7日急診。</p> <p>（二）114年7月8日、9日、28日(29日藥品收據日)、30日及8月6日計5次門診。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)計1萬9,850元(其中114年7月7日急診及114年7月8日門診費用各6,108元、434元)。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>（一）申請人申請核退醫療費用，該署於115年2月2日以健保○字第0000000000號函通知補件在案。有關申請核退114年7月7日、8日、9日、28日、30日及8月6日計6次急、門診醫療費用，申請人之受託人於115年2月8日以電子郵件聲明114年7月29日無就醫，另無法提供114年7月8日、9日、28日、30日及8月6日計5次門診保險付款證明。</p> <p>（二）該署依現有書據審核，114年7月9日、28日、30日、8月6日計4次門診未檢附醫療費用收據及費用明細，114年7月29日門診未就醫，又114年7月7日、8日計2次急、門診經該署專業醫師審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，爰核定全案不給付。</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3條、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）本部改制前行政院衛生署91年10月2日衛署健保字第0910060027號函。</p> <p>（五）健保署114年7月31日健保醫字第1140663411號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>（一）有關申請人主張114年7月29日未就醫之事實述明一節，經查申請人之受託人115年2月8日電子郵件確有敘明114年7月</p>

29日藥品費用係114年7月28日門診開立，且查114年7月29日藥品處方開立者(○○○)同114年7月28日門診看診醫師，爰以432.68美元認列114年7月28日門診收據金額。

(二)另查申請人補充門診憑證5份為114年7月8日(與原檢附文件相同)、7月9日、7月28日、7月30日及8月6日門診診斷證明文件，為維護保險對象權益，該署將114年7月7日、8日、7月28日計3次急、門診再送專業審查，認定114年7月7日急診及7月8日門診屬緊急傷病，同意給付，114年7月28日門診非屬不可預期之緊急傷病。

(三)另114年7月9日、30日及8月6日計3次門診，查申請人所附醫療費用收據及費用明細款項尚待保險支付(Expected Insurance)，且經申請人之受託人聲明無法補件，該署爰依現有書據審核，維持原核定不予給付。

三、關於114年7月7日急診費用6,108元及114年7月8日門診費用434元部分

(一)關於醫療費用3,785元部分

此部分申請人於115年3月12日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意給付該次急診及門診費用，並分別按健保署公告「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」，急診每次3,351元，核退1次急診費用計3,351元，及按收據記載金額，核退門診費用434元，合計3,785元(計算式：3,351元+434元=3,785元)，並於115年3月26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。

(二)關於其餘未准核退之醫療費用差額2,757元(6,108元-3,351元=2,757元)部分

此部分係114年7月7日急診費用中超過核退上限之醫療費用，健保署不予核退，核無不合。

四、關於114年7月9日、30日及8月6日計3次門診費用部分

(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項附表已明訂，保險對象申請核退醫療費用時應檢具之書據，包含醫療費用收據正本及費用明細、診斷書或證明文件等，是保險對象申請核退醫療費用，應檢具醫療費用收據正本及費用明細、診斷書或證明文件，始得向健保署申請核退醫療費用，如申請書據不全者，依前揭全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第5條第2項規定，應於健保署通知之日起2個月內補件。

(二)此部分除經健保署意見書論明申請人所附114年7月9日、30日及8月6日門診醫療費用收據及費用明細款項尚待保險支付(Expected Insurance)，且經申請人之受託人聲明無法補件，爰依現有書據審核等語，已如前述外，復經本部審查申請人向健保署申請核退此部分3次門診就醫之醫療費用，僅檢附「After Visit Summary」及收費清單(其中Total Patient及Patient Cost金額均為0元)，經健保署通知補保險付款證明，惟經申請人之受託人於115年2月8日以電子郵件表示無法提供保險付款證明等語在卷可憑，核與前開全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第5條附表規定不符，則健保署依現有書據審核，核定不予核退此部分3次門診醫療費用，即屬有據。

五、關於114年7月28日門診(及29日藥品)部分

此部分經綜整申請審議理由、本部委請醫療專家審查意見及卷附「After Visit Summary」、藥品收據等就醫相關資料影本顯示，申請人114年7月28日至美國Clarkson Eyecare門診，病歷之現病史(HPI)記載主訴，原以為眼睛已經好轉，但今晨起床感覺左眼有異物感，宛如眼內有沙子(complains of thought eye was better, woke up this morning and eye felt "gritty" almost like there is sand in OS)，經檢查診斷為皰疹病毒性角膜炎(Herpesviral Keratitis)，接受Zirgan抗病毒眼用藥物治療，卷附就醫資料並無情況緊急之相關描述，不足以佐證系爭門診當時有緊急就醫之必要，尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，爰同意健保署意見，不予核退該次門診費用。

六、申請人主張(一)其114年7月6日夜間因跌倒造成左眼劇烈疼痛，睜眼困難，生活無法自理，114年7月7日上午緊急就醫，第1家診所診斷不當，處置未能緩解劇痛，於114年7月8日改至第2家診所緊急就醫，檢查出眼內有傷口並開始追蹤療程。由於7月9日、28日、30日傷口持續不適，引發病毒感染，依醫囑使用藥物，至8月6日病情控制後結束療程。(二)關於114年7月29日未就醫之事實述明，其115年(誤植為114年)2月8日已於e-mail回覆健保署說明114年7月29日處方單的由來，在此重新檢附7月28日門診為憑，此單據是遵從7月28日門診醫囑，需於sample藥水使用完前購入處方藥物，以利持續控制病情，因7月29日至藥局購買時缺貨，藥局僅列印處方單，7月30日貨到前往付款購得。(三)關於114年7月9日、28日、30日及8月6日沒有檢附費用收據明細，與事實不符，本案申請時已全數檢附門診報告及費用收據云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 查全民健康保險係強制性社會保險，雖肩負著保障全體國民健康之使命，惟基於財源之有限性與醫療資源分配正義性，以保險醫事服務機構所提供之適切、合理而有必要之基本醫療照護為前提。我國考量各國生活水準之差異，為維護整體保險對象權益之公平性，乃於全民健康保險法第 55 條第 2 款及第 56 條第 2 項規定：「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。」、「保險對象申請核退自墊醫療費用應檢具之證明文件、核退基準與核退程序及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。」，本部改制前行政院衛生署遂按上開法律授權訂定「全民健康保險自墊醫療費用核退辦法」，先予敘明。

(二) 依前開規定，保險對象至非本保險醫療機構就醫，以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者，始得申請核退醫療費用，該核退內容自亦以適切、合理而有必要之緊急處置為限，又依本部改制前行政院衛生署 91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函釋意旨，前揭核退辦法並賦予保險人對臺灣地區外之核退案件，依例外從嚴之法理，有審核其醫療是否適當且合理之權限，亦有臺北高等行政法院 100 年度簡字第 767 號判決及臺灣士林地方法院 107 年度簡字第 20 號行政訴訟判決可資參照。

(三) 本件申請人系爭 1 次急診及 5 次門診，其中 114 年 7 月 7 日急診及 114 年 7 月 8 日門診部分，業經健保署重新核定核退在案，而 114 年 7 月 9 日、30 日及 8 月 6 日計 3 次門診費用部分，申請人並未依規定檢附繳費證明文件，其餘 114 年 7 月 28 日門診部分，除經有審核權限之機關健保署審查判斷外，本部復依前開規定，再委請醫療專家就申請人檢附之前開就醫資料專業判斷結果，亦認為非屬因不可預期之緊急傷病而就醫，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

七、綜上，原核定關於重新核定核退 114 年 7 月 7 日急診及 114 年 7 月 8 日門診就醫自付之醫療費用計 3,785 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。

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

中 華 民 國 115 年 5 月 14 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 3 條

「本法第五十五條第一款及第二款所定緊急傷病，其範圍如下：

一、急性腹瀉、嘔吐或脫水現象者。

二、急性腹痛、胸痛、頭痛、背痛（下背、腰痛）、關節痛或牙痛，需要緊急處理以辨明病因者。

三、吐血、便血、鼻出血、咳血、溶血、血尿、陰道出血或急性外傷出血者。

四、急性中毒或急性過敏反應者。

五、突發性體溫不穩定者。

六、呼吸困難、喘鳴、口唇或指端發紺者。

七、意識不清、昏迷、痙攣或肢體運動功能失調者。

八、眼、耳、呼吸道、胃腸道、泌尿生殖道異物存留或因體內病變導致阻塞者。

九、精神病人有危及他人或自己之安全，或呈現精神疾病症狀須緊急處置者。

十、重大意外導致之急性傷害。

十一、生命徵象不穩定或其他可能造成生命危急症狀者。

十二、應立即處理之法定傳染病或報告傳染病。」

四、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。」

五、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。」

六、本部改制前行政院衛生署91年10月2日衛署健保字第0910060027號函

「全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第六條第一項第二款所稱核實給付，僅係考量世界各地醫療水準及制度差異性所為之裁量性規定，依例外從嚴之法理，本保險施行區域外之核退案件，除有核退金額不得高於本保險支付各特約醫學中心各類平均費用之上限外，保險人所依循之審查原則應無二致，亦即保險人對施行區域外之核退案件，應有審核其是否適當且合理之權限。」

七、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。」