

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	一、就醫地點：○○醫院及○○醫院。 二、就醫情形及醫療費用(依收據記載)： (一) 114 年 6 月 12 日以健保身分至○○醫院門診，自付費用新臺幣(下同)1,072 元。 (二) 114 年 7 月 4 日以一般身分至○○醫院門診，自付費用 732 元(含掛號費 150 元)。 三、核定內容： (一) 114 年 6 月 12 日門診：已逾期(須於就醫日起 6 個月內提出)，核定不予給付。 (二) 114 年 7 月 4 日門診：扣除掛號費 150 元、基本部分負擔 50 元(身心障礙者)及藥品部分負擔 20 元，核退 512 元(732 元-150 元-50 元-20 元=512 元)。
理 由	一、法令依據 (一) 全民健康保險法第 43 條第 1 項、第 3 項、第 51 條第 10 款、第 55 條第 4 款及第 56 條第 1 項第 1 款。 (二) 本部改制前行政院衛生署 92 年 12 月 1 日衛署健保字第 0922600307 號公告。 (三) 衛生福利部 112 年 6 月 21 日衛部保字第 1121260222 號公告。 二、關於 114 年 6 月 12 日門診部分 (一) 按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，致自墊醫療費用者，其申請核退醫療費用之期限，除出海作業之船員，係自返國入境之日起算 6 個月內外，其餘均應於門診、急診治療當日或出院之日起 6 個月內，提出醫療費用核退之申請，已為全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款所明定，爰一體適用於全體保險對象。又前揭 6 個月期限為法定不變期間，尚難因個人因素從寬認定或予以延長，先予敘明。 (二) 查申請人於系爭 114 年 6 月 12 日門診就醫，依前揭全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款前段規定，申請人應自該次門診治療當日起 6 個月內(即 114 年 12 月 12 日)，向健保署提出醫療費用核退之申請，惟申請人遲至 115 年 1 月 2 日始向健保署提出本件系爭醫療費用核退之申請，有健保署○○業務組顧客服務科蓋於

申請人申請系爭醫療費用之「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」上之收文章戳可按，復為申請人所不否認，此部分申請人申請核退系爭 114 年 6 月 12 日門診醫療費用，即已逾 6 個月申請期限。

三、關於未准核退之 114 年 7 月 4 日門診費用差額 220 元部分

(一) 按「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。」為全民健康保險法第 51 條第 10 款所明定，次按本部改制前行政院衛生署 92 年 12 月 1 日衛署健保字第 0922600307 號公告「全民健康保險保險對象應自行負擔之門診費用，除全民健康保險法及相關法規規定免自行負擔費用之情形外，依下列規定收取：一、全民健康保險門診基本應自行負擔之費用(二)領有身心障礙手冊之保險對象，西醫門診不論醫院層級應自行負擔費用均為 50 元。」，復按衛生福利部 112 年 6 月 21 日衛部保字第 1121260222 號公告意旨，保險對象為身心障礙者，其藥品費用在 101 元至 200 元者，收取藥品部分負擔費用 20 元，合先敘明。

(二) 查申請人為領有身心障礙手冊之保險對象，有減免補助資料影本附卷可稽，於 114 年 7 月 4 日門診，自付醫療費用 732 元，健保署原核定已核退 512 元，其餘係本保險不給付之掛號費 150 元及應由保險對象自行負擔之基本部分負擔 50 元(身心障礙者)及藥品部分負擔 20 元(藥品費 101 元至 200 元)，合計 220 元，健保署未准核退，於法並無不合。

四、綜上，健保署核退申請人 114 年 7 月 4 日門診費用 512 元，其餘費用未准核退，並無不合，原核定應予維持。

據上論結，本件申請為無理由，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 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、全民健康保險法第 43 條第 1 項及第 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。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其百分之三十、百分之四十及百分之五十。」「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。」

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 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。」

四、全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款

「保險對象依前條規定申請核退自墊醫療費用，應於下列期限內為之：一、依第一款、第二款或第四款規定申請者，為門診、急診治療當日或出院之日起六個月內。但出海作業之船員，為返國入境之日起六個月內。」

五、本部改制前行政院衛生署 92 年 12 月 1 日衛署健保字第 0922600307 號公告(摘錄)

「全民健康保險保險對象應自行負擔之門診費用，除全民健康保險法及相關法規規定免自行負擔費用之情形外，依下列規定收取：一、全民健康保險門診基本應自行負擔之費用(二)領有身心障礙手冊之保險對象，西醫門診不論醫院層級應自行負擔費用均為 50 元。」

六、衛生福利部 112 年 6 月 21 日衛部保字第 1121260222 號公告(節錄)

「修正『全民健康保險保險對象門診藥品、急診應自行負擔之費用』如附件，並自 112 年 7 月 1 日生效，其他保險對象門診應自行負擔之費用，依現行規定辦理。」

附件：

一、全民健康保險保險對象門診藥品應自行負擔之費用

(一) 收取金額如下：

藥品費用	應自行負擔費用	
	西醫基層醫療單位/ 地區醫院/中醫	區域醫院/醫學中心
100 元以下	0 元	低收入戶/中低收入者/ 身心障礙者(註 1)

		0 元	
		10 元	
101-200 元	20 元	20 元	
201-300 元	40 元	40 元	
301-400 元	60 元	60 元	
401-500 元	80 元	80 元	
501-600 元	100 元	100 元	
601-700 元	120 元	120 元	
701-800 元	140 元	140 元	
801-900 元	160 元	160 元	
901-1000 元	180 元	180 元	
1,001-1,100 元	200 元	200 元	低收入戶(註 2)/中低收入 者/身心障礙 者 200 元
1,101-1,200 元		220 元	
1,201-1,300 元		240 元	
1,301-1,400 元		260 元	
1,401-1,500 元		280 元	
1,501 元以上		300 元	

(二) 保險對象持醫院開立之慢性病連續處方箋調劑(開藥二十八天以上)，第一次調劑以當次調劑慢性病藥品費用與一般藥品費用併計應自行負擔之門診藥品費用。

註：

1. 『低收入戶』指合於社會救助法規定之低收入戶成員；『中低收入者』指符合社會救助法規定之中低收入戶及符合老人參加全民健康保險無力負擔費用補助辦法規定之年滿七十歲中低收入老人；『身心障礙者』指領有社政主管機關核發之身心障礙證明者。
2. 低收入戶應自行負擔之費用，依法由中央社政主管機關補助。
3. 其他保險對象門診應自行負擔之費用，依現行規定辦理。」