

審 定	
主 文	一、原核定關於重新核定核退申請人於 114 年 9 月 18 日及 10 月 29 日門診就醫自付之醫療費用計新臺幣 2,130 元部分申請審議不受理。 二、其餘申請審議駁回。
事 實	一、境外就醫地點：美國○DENTAL 等。 二、就醫原因：牙髓壞死、症狀性根尖周炎(依健保署意見書記載)。 三、就醫情形：114 年 9 月 18 日、10 月 23 日及 29 日計 3 次門診。 四、醫療費用：各折合新臺幣(下同)4 萬 589 元、1,845 元、2 萬 7,982 元，計 7 萬 416 元。 五、核定內容： 申請人申請核退 114 年 9 月 18 日、10 月 23 日及 29 日門診醫療費用，其中 114 年 9 月 18 日及 10 月 29 日門診經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，另 114 年 10 月 23 日門診部分，前經該署於 114 年 11 月 20 日臨櫃交付補件補知書，惟迄今未接獲申請人補診斷證明文件，且逾 2 個月補件期限，該署依現有書據逕行審核，全案核定不予給付。
理 由	一、法令依據 (一) 全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款。 (二) 全民健康保險法第 55 條第 2 款及第 56 條第 2 項。 (三) 全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 1 項、附表暨第 2 項、第 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項。 (四) 健保署 114 年 7 月 31 日健保醫字第 1140663411 號公告及 114 年 10 月 20 日健保醫字第 1140665092 號公告。 二、關於 114 年 9 月 18 日及 10 月 29 日門診部分 (一) 關於醫療費用計 2,130 元部分 此部分申請人於 115 年 2 月 26 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意依該署公告「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」、「114 年 10、11、12 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、1,091 元，補核退該 2 次門診費用計 2,130 元(1,039 元+1,091 元=2,130 元)，並於 115 年 3 月 18 日以受理號碼○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) 關於其餘門診費用差額計 6 萬 6,441 元(40,589 元+27,982 元-2,130 元=66,441 元)部分 此部分係該 2 次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。 三、關於 114 年 10 月 23 日門診部分 (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 項附表明訂：「申請核退醫療費用時應檢具之書據：二、醫療費用收據正本及費用明細。三、診斷書或證明文件。」，是保險對象申請核退醫療費用，應檢具收據正本、費用明細及診斷書或證明文件，始得向健保署申請核退醫療費用。

(二) 申請人於 114 年 11 月 20 日向健保署申請核退此部分門診就醫之醫療費用時，僅檢附收據(付款證明)，並未依規定一併檢附診斷書供核，經健保署交付【補件通知書】通知申請人於 2 個月內補件，惟申請人未於期限內補件，則健保署逕依所送書據進行審核，核定不予給付，並無不合。

(三) 申請人主張其沒有補充資料，其實是在等健保署的公文，其間曾打國際電話給承辦人 4 次，均告以申請案件很多，所以要等待，如需補件，會另外告知，所以其一直在等結果，直到收到公文云云，業經健保署意見書陳明，略以該署已於 114 年 11 月 20 日臨櫃交付補件通知書，該通知書已敘明須補件書據及補件期限，且經申請人確認並簽章在案等語，所稱核有誤解。

四、綜上，原核定關於重新核定核退申請人 114 年 9 月 18 日及 10 月 29 日門診費用計 2,130 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 19 條第 1 項規定，審定如主文。

中 華 民 國 115 年 5 月 7 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、全民健康保險法第 56 條第 2 項

「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。」

四、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 1 項及第 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。」
「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 5 條第 1 項附表

附表、申請核退醫療費用時應檢具之書據（節錄）

符合本法第五十五條規定之保險對象	保險對象(由本人或委託人申請)	備註
一、於臺灣地區外就醫者 二、暫行停止給付期間，於非保險醫事服務機構就醫者(臺灣地區外)	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。 註： 委託他人申請或保險對象未入境時，另需檢附委託書及受委託者之身分證影本。	一、收據正本及費用明細如有遺失或供其他用途者，應檢具原醫療機構加蓋印信證明與原本相符之影本，並出具聲明書註明無法提出原本之原因。收據影本加蓋印信證明確有困難者，可免加蓋印信，惟需出具聲明書註明無法提出原本之原因。 二、醫療費用收據正本、費用明細、診斷書或證明文件，如為英文以外之外文文件時，應檢附中文翻譯。

六、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。」

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：

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。」

八、健保署 114 年 10 月 20 日健保醫字第 1140665092 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 10、11、12 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 10 月至 114 年 12 月	1,091	3,668	6,558

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。」