

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	一、就醫地點：○○診所、○○診所、○○○藥局（領藥）。 二、就醫情形及醫療費用：以健保身分於 114 年 8 月 8 日及 9 月 8 日計 2 次門診，自付醫療費用計 500 元。 （一）114 年 8 月 8 日：○○診所門診掛號費 100 元、部分負擔費用 50 元，○○○藥局領藥藥品部分負擔費用 140 元。 （二）114 年 9 月 8 日：○○診所門診掛號費 100 元、部分負擔費用 50 元，○○○藥局領藥藥品部分負擔費用 60 元。 三、核定內容： （一）115 年 1 月 15 日受理號碼○全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書(114 年 8 月 8 日○○診所門診、114 年 8 月 8 日及 9 月 8 日○○○藥局領藥) 1. 申請金額：350 元(原核定誤植為 340 元，含 114 年 8 月 8 日門診掛號費及部分負擔費用計 150 元、114 年 8 月 8 日及 9 月 8 日領藥藥品部分負擔費用各 140 元、60 元，合計 350 元，計算式：150 元+140 元+60 元=350 元)。 2. 不給付金額：160 元(含 114 年 8 月 8 日門診掛號費 100 元及 114 年 9 月 8 日領藥藥品部分負擔費用 60 元，合計 160 元，計算式：100 元+60 元=160 元)。 3. 核付金額：190 元(核退 114 年 8 月 8 日門診及藥品部分負擔費用各 50 元、140 元，合計 190 元，計算式：50 元+140 元=190 元)。 （二）115 年 1 月 15 日受理號碼○全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書(114 年 9 月 8 日○○診所門診) 1. 申請金額：150 元(含門診掛號費 100 元及部分負擔費用 50 元)。 2. 不給付金額：150 元。 3. 核付金額：0 元。 四、申請人不服，主張其 2 次看診都是肌無力，應符合退款條件，明明是以重大傷病卡來拿藥，為何不符？另其人身自由受限且無家人協助，其可退還支票，再請健保署存入監所保管金云云，向本部申請審議。
理 由	一、法令依據 （一）全民健康保險法第 48 條第 1 項第 1 款、第 2 項及第 51 條第 10 款。 （二）全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 6 條第 1 項第 1 款。

二、健保署提具意見及補充意見

- (一) 申請人領有診斷代碼「G7000」(重症肌無力未伴有急性惡化)之重大傷病證明，生效起迄日為 113 年 8 月 13 日至 116 年 8 月 12 日。
- (二) 本案經該署審查認定申請人 114 年 8 月 8 日於○○診所門診就醫，屬重大傷病證明有效期內之就醫，同意核付門診部分負擔費用 50 元及藥品部分負擔費用 140 元，計 190 元；另 114 年 9 月 8 日門診部分，依○○診所提供之就醫紀錄，經該署專業審查結果，非屬重大傷病相關疾病之就醫，核定不予給付。
- (三) 為維護申請人權益，該署復依申請人所附相關資料，再送專業審查，認定 114 年 9 月 8 日○○診所就醫仍非屬重大傷病相關疾病之就醫。
- (四) 另申請人於申請核退時，並未提交銀行存摺本及轉帳相關資料，該署逕改以支票給付，且該署已開立支票，無法於事後變更轉帳作業，該署前於 115 年 2 月 26 日以健保桃字第○號書函復申請人在案。

三、本件經綜整卷附「健保署北區業組與○○診所自墊醫療費用核退連繫單」、病歷、費用收據、藥品明細收據、「重大傷病證明申請作業」、「保險對象門診申報明細表」、「保險對象藥局申報紀錄明細表」等相關資料影本及本部委請醫專家審查意見顯示，申請人於 114 年 8 月 8 日及 9 月 8 日計 2 次門診就醫，自付醫療費用計 500 元，健保署已核退 190 元，未准核退費用 310 元，包含 114 年 8 月 8 日及 9 月 8 日 2 次門診之掛號費計 200 元，以及 114 年 9 月 8 日門診及藥品部分負擔費用計 110 元，茲查核分述如下：

- (一) 關於 114 年 8 月 8 日及 9 月 8 日 2 次門診掛號費計 200 元部分
此部分係該 2 次門診費用中本保險不給付之掛號費各 100 元，健保署未准核退，於法並無不合。
- (二) 關於 114 年 9 月 8 日門診及藥品部分負擔費用各 50 元、60 元，計 110 元部分
 1. 依全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 6 條第 1 項第 1 款規定：「保險對象持有效期間內重大傷病證明就醫，其免自行負擔費用範圍如下：一、重大傷病證明所載傷病，或經診治醫師認定與該傷病相關之治療。」，是以，持有重大傷病證明之保險對象原則上須於重大傷病證明有效期間內就醫，並符合重大傷病證明所載病名之傷病或該傷病之相關治療，始得免除自行負擔費用，合先敘明。

	2. 查申請人於 114 年 9 月 8 日門診，主訴「FOR BLOOD SAMPLING FOR DM AND LIPIDEMIA, SKIN RASH OVER BOTH ARMS」(為糖尿病、高血脂症做抽血檢查、雙手手臂皮疹)，診斷為「E785 高血脂症、R739(高血糖)」，接受檢驗(總膽固醇、中性脂肪、高密度脂蛋白、低密度脂蛋白等項目)及藥物(含 CLPBETASOL CREAM 藥膏及 Pitarty FC Tab/力脂替膜衣錠)治療，病歷記載之診斷、檢驗及用藥項目與申請人所持之重大傷病證明所載之病名「重症肌無力未伴有急性惡化」，並無相關性，難認屬該重大傷病之相關治療，申請人系爭 114 年 9 月 8 日門診不符合前揭全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法規定，同意健保署意見，不予核退系爭 114 年 9 月 8 日門診及藥品部分負擔費用計 110 元。 四、綜上，健保署核定核退部分負擔費用計 190 元，其餘醫療費用 310 元未准核退，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。
--	--

中 華 民 國 115 年 6 月 18 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、全民健康保險法第 48 條第 1 項第 1 款及第 2 項

「保險對象有下列情形之一者，免依第四十三條及前條規定自行負擔費用：一、重大傷病。」「前項免自行負擔費用範圍、重大傷病之項目、申請重大傷病證明之程序及其他相關事項之辦法，由主管機關定之。」

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、全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 6 條第 1 項第 1 款

「保險對象持有效期限內重大傷病證明就醫，其免自行負擔費用範圍如下：一、重大傷病證明所載傷病，或經診治醫師認定與該傷病相關之治療。」

