

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	一、境外就醫地點：大陸地區○○省○○市○○大學總醫院。 二、就醫原因：臉部皮膚裂傷。 三、就醫情形： （一）115 年 2 月 19 日、20 日、21 日、22 日、23 日及 25 日計 6 次急診。 （二）115 年 2 月 28 日門診。 四、醫療費用：計折合新臺幣（下同）2 萬 2,843 元（其中 115 年 2 月 19 日急診費用 1 萬 8,517 元） 五、核定內容 （一）115 年 2 月 19 日急診：經專業審查，同意給付急診醫療費用，依健保署公告「115 年 1、2、3 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 3,825 元，給付 1 次急診費用 3,825 元，其餘費用，不予核退。 （二）115 年 2 月 20 日、21 日、22 日、23 日及 25 日計 5 次急診：未附診斷書，健保署前於 115 年 3 月 20 日以健保○字第 0000000000 號函通知補件在案，惟仍未補齊資料，且已逾 2 個月之補件期限，經該署依現有書據進行審核，核定不予給付。 （三）115 年 2 月 28 日門診（核退申請書記載此次就醫為急診）：未附急診佐證文件，健保署於前揭函通知補件在案，惟仍未補齊資料，且已逾 2 個月之補件期限，該次就醫以門診認列，經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，爰不予給付。 六、申請人不服，就未准核退之 115 年 2 月 20 日、21 日、22 日、23 日、25 日計 5 次急診及 115 年 2 月 28 日門診部分，向本部申請審議。
理 由	一、法令依據 （一）全民健康保險法第 55 條第 2 款。 （二）全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條、第 5 條第 1 項及附表暨第 2 項。 （三）行政程序法第 48 條第 4 項。 （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。 二、關於 115 年 2 月 20 日、21 日、22 日、23 日及 25 日計 5 次急診部分 （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。

(二) 此部分申請人 115 年 2 月 20 日、21 日、22 日、23 日及 25 日於臺灣地區外 5 次急診就醫，於 115 年 3 月 11 日（健保署收件日）申請自墊醫療費用核退，經健保署審查結果，於 115 年 3 月 20 日以健保○字第 0000000000 號函通知申請人於通知之日起 2 個月內補送上開 5 次急診之診斷書，該通知函於 115 年 3 月 24 日送達申請人，有中華郵政股份有限公司「傳真查詢國內各類掛號郵件查單」、「國內快捷/掛號/包裹查詢」及健保署「單位寄件收寄件登錄」影本附卷可稽，復為申請人所不否認，惟申請人逾期（期間末日 115 年 5 月 24 日為星期日，延至 115 年 5 月 25 日）仍未補正，健保署逕依現有書據進行審核，以系爭 115 年 5 月 29 日受理號碼 0000000000 全民健康保險自墊醫療費用退核定通知書核定不給付。

(三) 申請人於 115 年 6 月 25 日（本部收文日）申請爭議審議時雖檢附 115 年 2 月 20 日、21 日、22 日、23 日、25 日「門診處置單」（科別：急診外科），惟健保署意見書陳明，略以該署於 115 年 3 月 20 日函知申請人補上開 5 次急診診斷證明文件在案，申請人逾 2 個月補件期限仍未補件，其於 115 年 6 月 25 日始補附診斷證明文件（「門診處置單」）顯已逾法定補件期限等語，則健保署不予核退，於法並無不合。

三、關於 115 年 2 月 28 日門診部分

(一) 健保署提具意見

為維護保險對象權益，該署復依申請人爭議審議申請書補述事實及理由、相關證據文件，將 115 年 2 月 28 日門診再送專業審查，認定申請人於 115 年 2 月 19 日臉部皮膚裂傷經清創縫合，後於 115 年 2 月 28 日回該院拆線，而拆線非不可預期之緊急傷病，核定不予給付，本案維持原核定。

(二) 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「疾病診斷證明書」、「疾病診斷（門診、住院）證明書」等就醫資料影本顯示，申請人於 115 年 2 月 19 日急診就醫，診斷為「1. 面部皮膚裂傷 2. 雙側膝關節、左手挫傷」，接受清創縫合手術，業經健保署認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，並依規定核退在

案，115 年 2 月 20 日至 25 日期間計 5 次急診接受換藥處置，嗣於 115 年 2 月 28 日回診拆線及換藥，惟卷附就醫資料並無情況緊急之相關描述，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 115 年 2 月 28 日門診費用。

四、申請人主張其於 2 月春節期間赴大陸地區，115 年 2 月 19 日晚間外出不慎跌倒，即刻赴○○總醫院急診治療，醫生診斷摔傷致顏面破損、流血不止、手足挫傷，緊急做了顏面縫合手術、檢查等措施，術後醫囑每日換藥，保持傷口清潔，避免發炎，治療至醫生判斷後再拆線，適逢春節年假，只有急診治療，其也曾電致健保署告知醫療過程，每個地區的醫療行政制度不同，申請了醫院看診證明及費用收據，健保署竟要每位急診醫生的證明，其在急診換藥期間遇見的看診醫生都不是同一人，附上門診處置單 5 張，115 年 2 月 28 日赴○○大學總醫院門診傷口拆線，完成治療，115 年 3 月 1 日返臺灣云云，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 5 次急診及 1 次門診，其中 115 年 2 月 20 日、21 日、22 日、23 日、25 日計 5 次急診未依規定檢附診斷證明文件，其餘 115 年 2 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，認為申請人該次門診尚難認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。 五、綜上，健保署不予核退系爭醫療費用，並無不合，此部分原核定應予維持。 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 8 月 28 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 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。」

二、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。」

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。」「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。」

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。

四、行政程序法48條第4項

「期間之末日為星期日、國定假日或其他休息日者，以該日之次日為期間之末日；期間之末日為星期六者，以其次星期一上午為期間末日。」

五、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。」