

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	一、境外就醫地點：香港○○診所。 二、就醫原因：左踝扭傷。 三、就醫情形：114 年 2 月 14 日、15 日、18 日、20 日、21 日、22 日、24 日、25 日、27 日、28 日、3 月 1 日、3 日、4 日、6 日、7 日、8 日、18 日、21 日、28 日、4 月 4 日、8 日、11 日、17 日、25 日、5 月 2 日、12 日、22 日、30 日、6 月 5 日、6 日、12 日、19 日、26 日、7 月 3 日、10 日、17 日、24 日、8 月 1 日、9 日及 10 月 16 日計 40 次門診。 四、核定內容： (一) 114 年 2 月 14 日、15 日、18 日、20 日、21 日、22 日、24 日、25 日、27 日、28 日、3 月 1 日、3 日、4 日、6 日、7 日、8 日、18 日、21 日、28 日、4 月 4 日、8 日、11 日、17 日、25 日、5 月 2 日、12 日、22 日、30 日、6 月 5 日、6 日、12 日、19 日、26 日、7 月 3 日、10 日、17 日、24 日、8 月 1 日及 9 日計 39 次門診：申請期限為就醫日起 6 個月內，逾期申請，不予給付。 (二) 114 年 10 月 16 日門診：經專業審查，回診非屬不可預期緊急傷病，無法給付。
理 由	一、法令依據 (一) 全民健康保險法第 55 條第 2 款、第 56 條第 1 項第 1 款及第 2 項。 (二) 全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條。 (三) 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、健保署提具意見 為維護保險對象權益，該署復依申請人所附相關資料送請專業審查結果：該案申請書記載，略以「因跌倒導致左足挫傷在臺灣治療，後回香港找中醫治療(從 114 年 2 月 14 日至 10 月 16 日)」。經查在臺灣治療期間為 114 年 2 月 3 日至 3 月 3 日，共計 3 天治療 3 次，114 年 2 月 14 日起於香港○○診所以「左踝扭傷」病名治療 40 次，故 114 年 10 月 16 日在香港之就診，應為同一疾病複診，非屬不可預期之緊急傷病，不符全民健康保險自墊醫療費用核退辦法之規定，另 114 年 2 月 14 日至 8 月 9 日期間計 39 次門診已逾治療當日起 6 個月內申請期限規定，維持原議，不予給付。

- 三、關於 114 年 2 月 14 日至 8 月 9 日期間計 39 次門診部分
- 查申請人 114 年 2 月 14 日至 8 月 9 日期間計 39 次門診就醫，依全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款前段規定，申請人應自各該次門診治療當日起 6 個月內(各該次申請期間末日介於 114 年 8 月 14 日至 115 年 2 月 9 日)向健保署提出自墊醫療費用核退申請，惟申請人迄於 115 年 2 月 25 日始向健保署提出此部分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」上之受理章戳可按，健保署不予核退此部分 39 次門診費用，經核並無不合。
- 四、關於 114 年 10 月 16 日門診部分
- 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「診斷證明書」(香港○○診所 114 年 10 月 16 日開立)、「收據」等就醫資料影本顯示，申請人因「左踝扭傷」於 114 年 10 月 16 日門診，接受針灸、跌打治療，申請審議理由陳稱其因跌倒導致左足挫傷，在臺灣治療幾天後回香港工作，找中醫治療疼痛云云，足見申請人早已知悉其傷症，且有意選擇於臺灣地區外就醫，且所附就醫資料僅記載診斷、醫囑，並無主訴、身體診察或情況緊急之相關描述，不足以佐證其 114 年 10 月 16 日門診就醫當時之病情或診斷符合全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條所定之緊急傷病範圍，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 114 年 10 月 16 日門診費用。
- 五、申請人檢附正隆骨科診所 114 年 2 月 5 日開立「診斷證明書」影本，主張其因跌倒導致左足挫傷，在臺灣治療了幾天回香港工作，找中醫治療疼痛，其門診為 114 年 2 月 14 日至 10 月 16 日，114 年 10 月 16 日那天不應該被分開，114 年 9 月向醫師提出需要診斷書，10 月才拿到診斷書，且醫生也填應診日期為 114 年 2 月 14 日至 10 月 16 日，所以從 10 月 16 日開始算起 6 個月內，115 年 2 月提出健保自墊申請，不應該被認為逾期申請，在香港看診很貴，若健保核退沒給付，保險公司不僅會打折且無法申請云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：
- (一) 查保險對象於臺灣地區外發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須於當地醫事服務機構立即就醫，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 款及第 2 款所明定，爰一體適用於全體保險對象。又參照臺北高等行政法院

94 年度訴字第 1629 號判決及臺中高等行政法院 96 年度訴字第 476 號判決意旨，略以前開 6 個月申請期限，係立法者之決定，其文義明確，法院並無裁量或解釋之空間，且該期間為法定不變期間等語，爰該 6 個月申請期限尚難因個人因素從寬認定或予以延長。

- (二) 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。
- (三) 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。
- (四) 另商業保險之繳費與給付間具對價性，乃由該商業保險之保險人依所承受風險之大小決定要保人應繳保險費之高低，並由要保人按個人意願選擇是否參加，且保險條件係依個別契約約定所成立；而全民健康保險則是基於社會連帶、相互互助及風險分攤之精神，以公共利益為考量，由被保險人、雇主及政府共同負擔保險費，其保險條件係由法律規定，一體實施適用於符合資格之所有保險對象之強制性社會保險，二者性質不同，尚不得比附援引。
- (五) 申請人系爭 40 次門診就醫，其中 39 次門診部分，已逾 6 個月申請期限，其餘 1 次門診部分，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。 六、綜上，健保署未准核退系爭醫療費用，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 8 月 19 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、全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款及第 2 項

「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。」「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。」

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、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。」