

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	一、就醫地點：○○醫院。 二、就醫情形及醫療費用：114 年 10 月 28 日至 11 月 6 日以健保身分住院，依「住院醫療收據」記載，自付醫療費用 16 萬 3,863 元(其中部分負擔原為 12 萬 1,722 元，經調整減列 7 萬 722 元，實際繳納自付部分負擔 5 萬 1,000 元)。 三、核定內容： 申請人申請 114 年全年住院部分負擔費用超過法定上限案，經查申請人未符合 114 年全年住院部分負擔超過上限申請資格，故未收到該署於 115 年 4 月 10 日前投遞之「全民健康保險全年住院部分負擔超過法定上限核退通知書」。另依據申請人檢附 114 年 10 月 28 日至 11 月 6 日於○○醫院住院之住院醫療收據，其中 1~30 天部分負擔 12 萬 1,722 元，扣除自付額調整 7 萬 722 元，故急性病房 30 日內住院部分負擔金額為 5 萬 1,000 元，未超過每次住院部分負擔金額法定上限，故不符核退條件，另自費項目不在核退範圍，所請歉難給付。 四、申請人就未准核退住院部分負擔費用部分不服，向本部申請審議。
理 由	一、法令依據 (一) 全民健康保險法第 47 條第 1 項第 1 款、第 2 項及第 55 條第 5 款。 (二) 衛生福利部 113 年 12 月 9 日衛部保字第 1131260705 號公告。 二、按全民健康保險法第 47 條第 2 項規定「保險對象於急性病房住院三十日以內或於慢性病房住院一百八十日以內，同一疾病每次住院應自行負擔費用之最高金額及全年累計應自行負擔費用之最高金額，由主管機關公告之。」，衛生福利部就 114 年全民健康保險保險對象應自行負擔之住院費用上限，以 113 年 12 月 9 日衛部保字第 1131260705 號公告如下，先予敘明： (一) 因同一疾病每次住院應自行負擔費用之最高金額：5 萬 1,000 元。 (二) 全年累計住院應自行負擔費用之最高金額：8 萬 6,000 元。 (三) 前二項住院應自行負擔費用之最高金額適用範圍，以保險對象於急性病房住院三十日以內或於慢性病房住院一百八十日以內，依全民健康保險法第四十七條規定所應自行負擔之醫療費用為限，

不包含全民健康保險法所規定不予給付之項目。

三、本件依卷附健保署保險對象「住診申報紀錄明細表」、「住診清單資料」、○○醫院住院醫療收據、醫務室電子郵件等資料影本及健保署意見書記載顯示，申請人於114年僅有1次以健保身分住院紀錄，即系爭114年10月28日至11月6日入住○○醫院，該醫院向健保署申報該次住院部分負擔費用5萬1,000元，並向申請人收取費用(收據記載「部分負擔：121,722元」，「自付額調整：-70,722元」，實際收取部分負擔費用5萬1,000元，計算式：121,722元-70,722元=51,000元)，並未超過前揭衛生福利部公告114年每次住院部分負擔上限5萬1,000元，亦未超過前揭公告之114年全年住院部分負擔法定上限8萬6,000元，健保署未准核退，於法有據。

四、申請人雖主張其部分負擔繳12萬1,722元，已超過7萬722元，健保署應退溢繳款，健保署說明因○○醫院有扣自付額調整7萬722元，未達核退標準，但自付額是「自付金額」，並不是「部分負擔」，是開刀前醫院要從其自付金額減免，因其保險不夠，與部分負擔無關云云，惟業經健保署意見書陳明，略以因申請人不服該署核定申請審議，該署於115年6月24日以電子郵件詢問○○醫院，該醫院於115年7月6日電子郵件確認後回復，申請人本案住院醫療收據上「自付額調整」，調整項目為「住院部分負擔」，而非申請人認定因保險不夠，○○醫院對其「自付金額」的減免等語，申請人所稱，核有誤解。

五、綜上，健保署函復申請人，略以申請人申請114年全年住院部分負擔費用超過法定上限案，未超過每次住院部分負擔金額法定上限，故不符核退條件，所請歉難給付等語，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 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 47 條第 1 項第 1 款及第 2 項

「保險對象應自行負擔之住院費用如下：一、急性病房：三十日以內，百分之十；逾三十日至第六十日，百分之二十；逾六十日起，百分之三十。」「保險對象於急性病房住院三十日以內或於慢性病房住院一百八十日以內，同一疾病每次住院應自行負擔費用之最高金額及全年累計應自行負擔費用之最高金額，由主管機關公告之。」

二、全民健康保險法第 55 條第 5 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：五、依第四十七條規定自行負擔之住院費用，全年累計超過主管機關所定最高金額之部分。」

三、衛生福利部 113 年 12 月 9 日衛部保字第 1131260705 號公告

「訂定『一百十四年全民健康保險保險對象住院應自行負擔費用之最高金額』如下：

- 一、因同一疾病每次住院應自行負擔費用之最高金額：五萬一千元。
- 二、全年累計住院應自行負擔費用之最高金額：八萬六千元。
- 三、前二項住院應自行負擔費用之最高金額適用範圍，以保險對象於急性病房住院三十日以內或於慢性病房住院一百八十日以內，依全民健康保險法第四十七條規定所應自行負擔之醫療費用為限，不包含全民健康保險法所規定不予給付之項目。」