

審 定	
主 文	一、原核定關於重新核定核退申請人 115 年 2 月 10 日及 12 日門診就醫自付之醫療費用計新臺幣 7,135 元部分申請審議不受理。 二、其餘申請審議駁回。
事 實	一、就醫地點：○醫療財團法人○醫院。 二、就醫情形：以自費身分於 115 年 2 月 10 日及 12 日計 2 次門診。 三、醫療費用：計新臺幣（下同）8,725 元。 四、核定內容： 本件申請人 115 年 2 月 10 日及 12 日計 2 次門診治療，因就醫日期不在保，故不符核退條件，該署歉難核付。 五、申請人主張其於 114 年 11 月 25 日從○○○○股份有限公司轉出，115 年 3 月 5 日加保於○○○家庭農場，於轉職過程中無法加保期間因身體不適門診就醫，需自墊醫療費用等語，向本部申請審議。
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 40 條第 1 項、第 51 條第 10 款及第 55 條第 4 款。 （三）全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條第 1 項第 1 款。 （四）衛生福利部 112 年 6 月 21 日衛部保字第 1121260222 號公告。 二、本件經綜整卷附「門診收據」、門診醫療服務點數及醫令清單、健保署意見書及補充意見，查核分述如下： （一）關於醫療費用 7,135 元部分 此部分醫療費用申請人於 115 年 6 月 17 日（本部收文日）申請審議後，業經健保署重新審查核定，同意按全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準相關給付規定，給付費用（健保醫令）7,335 元，於扣除 115 年 2 月 12 日藥品部分負擔費用 200 元後，補核退 7,135 元，並於 115 年 7 月 1 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核退在案，則此部分申請爭議審議標的已不存在。 （二）關於其餘未准核退之費用差額 1,590 元（8,725 元-7,135 元=1,590 元）部分 此部分包含 2 次門診費用中本保險不給付項目之掛號費各 100 元、收據金額與健保醫令費用差額（如附表）計 1,190 元及 115 年 2 月 12 日藥品部分負擔費用 200 元，共計 1,590 元（100 元 X 2 + 1,190 元 + 200 元 = 1,590 元），健保署未准核退，於法並無不合。

	三、綜上，原核定關於重新核定核退醫療費用計 7,135 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘費用差額計 1,590 元部分，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 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 40 條第 1 項

「保險對象發生疾病、傷害事故或生育時，保險醫事服務機構提供保險醫療服務，應依第二項訂定之醫療辦法、第四十一條第一項、第二項訂定之醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準之規定辦理。」

三、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。」

四、全民健康保險法第 55 條第 4 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：四、保險對象於保險醫事服務機構診療或分娩，因不可歸責於保險對象之事由，致自墊醫療費用。」

五、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條第 1 項第 1 款

「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：一、發生於臺灣地區內之案件：由保險人依本保險醫療費用審查、支付、給付及自行負擔費用等有關規定辦理核退。」

六、衛生福利部 112 年 6 月 21 日衛部保字第 1121260222 號公告(節錄)

「修正『全民健康保險保險對象門診藥品、急診應自行負擔之費用』如附件，並自 112 年 7 月 1 日生效，其他保險對象門診應自行負擔之費用，依現行規定辦理。

附件：

一、全民健康保險保險對象門診藥品應自行負擔之費用

(一) 收取金額如下：

藥品費用	應自行負擔費用	
	西醫基層醫療單位/ 地區醫院/中醫	區域醫院/醫學中心
100 元以下	0 元	低收入戶/中低收入者/ 身心障礙者(註 1) 0 元
		10 元
101-200 元	20 元	20 元
201-300 元	40 元	40 元
301-400 元	60 元	60 元
401-500 元	80 元	80 元
501-600 元	100 元	100 元
601-700 元	120 元	120 元
701-800 元	140 元	140 元
801-900 元	160 元	160 元
901-1000 元	180 元	180 元
1,001-1,100 元	200 元	200 元
1,101-1,200 元		220 元
1,201-1,300 元		240 元
1,301-1,400 元		260 元
1,401-1,500 元		280 元
1,501 元以上		300 元
		低收入戶(註 2)/中低收入者/身心障礙者 200 元

[附表]

單位：元

就醫日期	收據費用 項目	明細	收據金額	健保醫令 費用	差額
115/2/10	診察費	門診診察費	372	372	0
	放射線診察 費、檢查費	胸腔檢查、頭顱檢查 (電腦斷層造影-無顯影 劑)、全套血液檢查等	6,128 (520+4,560+397 +651=6,128)	5,025 (200+3,800+ 1,025=5,025)	1,103

115/2/12	藥費	SODICON-G、ZCOUGH	40	23	17
	藥事服務費	藥事服務費	50	54	-4
	診察費	門診診察費	372	372	0
	藥費	SODICON-G、ZCOUGH、 MONKAST F.C.、 REVAR ELLIPTA	1,513	1,412	101
	藥事服務費	藥事服務費	50	77	-27
小計			8,525	7,335	1,190