

審 定	
主 文	一、原核定關於重新核定核退申請人於 115 年 4 月 17 日急診就醫自付之醫療費用計新臺幣 2,723 元部分申請審議不受理。 二、其餘申請審議駁回。
事 實	一、境外就醫地點：日本○○○町國民健康保險○○○醫院。 二、就醫原因：左髕骨骨折(依健保署意見書記載)。 三、就醫情形：115 年 4 月 17 日急診(原核定誤列為門診)。 四、醫療費用：折合新臺幣(下同)6,664 元。 五、核定內容：按健保署公告之「115 年 4、5、6 月份全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限」，門診每次 1,121 元，給付門診費用 1,121 元，其餘醫療費用，不予核退；另申請人檢附○○義肢工業所收據日幣 11,342 元無就醫日期，且膝關節裝具非健保給付項目，金額不予列計。 六、申請人檢附「診療明細書」影本，主張其中載有「時間外特例加算」、「時間外緊急院內畫像診斷加算」、「夜間休日救急搬送醫學管理科」等項目，此為日本健保針對夜間、休日急診之專用計費代碼，請依急診核退自墊醫療費用等語，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 51 條第 10 款及第 55 條第 2 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 2 款及第 2 項。 (四)健保署 115 年 4 月 21 日健保醫字第 1150661484 號公告。 二、關於醫療費用 2,723 元部分 此部分申請人於 115 年 7 月 29 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意按健保署公告「115 年 4、5、6 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 3,844 元，於扣除原核定已給付之 1 次門診費用 1,121 元後，補核付 1 次急診與 1 次門診費用差額計 2,723 元(3,844 元-1,121 元=2,723 元)，並於 115 年 8 月 12 日以受理號碼 0000000000 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。 三、關於其餘未准核退之急診醫療費用差額 2,820 元(6,664 元-1,121 元-2,723 元=2,820 元)部分 此部分係申請人系爭急診費用中超過核退上限之醫療費用及不列

	入本保險給付範圍之「文書料」、「その他」(其它)、「消費稅」計 2,820 元，健保署未准核退，於法並無不合。 四、綜上，原核定關於重新核定核退 115 年 4 月 17 日急診醫療費用計 2,723 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘急診醫療費用 2,820 元，健保署未准核退，並無不合，此部分原核定應予維持。 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 9 月 16 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 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。」

四、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項

「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：二、發生於臺灣地區外之案件：由保險人依本保險醫療費用支付及給付規定審查後核實給付。但申請費用高於其急診、門診治療日或出院之日前一季本保險支付特約醫院及診所急診每人次、門診每人次、住院每人日平均費用基準者，其超過部分，不予給付。」「前項第二款有關核退費用之基準，由保險人每季公告

之。」

五、健保署 115 年 4 月 21 日健保醫字第 1150661484 號公告

「依據全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條，公告 115 年 4、5、6 月份
全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限：單位：元

項目 年月	門診 (每次)	急診 (每次)	住院 (每日)
115 年 4 月至 115 年 6 月	1,121	3,844	6,686

註：血液透析、論病例計酬案件，其核退上限，依實際接受門診、急診或住院之
服務項目上限辦理。」