審　　定	
主　　文	一、原核定關於重新核定核退申請人於 115 年 2 月 5 日急診就醫自付之醫療費用計新臺幣 3,825 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：加拿大 ○ HOSPITAL。 二、就醫原因：皮膚炎(依健保署意見書記載)。 三、就醫情形： （一）115 年 2 月 5 日急診。 （二）115 年 2 月 6 日至 10 日住院（依核退申請書記載)。 （三）115 年 2 月 11 日門診。 四、醫療費用：計折合新臺幣（下同）4 萬 3,919 元(含 115 年 2 月 5 日急診費用 3 萬 995 元，115 年 2 月 6 日至 10 日住院缺收據，未列計金額)。 五、核定內容： 申請人申請核退醫療費用案，該署前於 115 年 5 月 5 日以健保北字第○號函通知補件，惟迄未接獲申請人之補件且逾 2 個月之補件期限，該署依現有書據逕行審核，核定不予給付。 六、申請人主張加拿大院方處理文件效率非常慢，因此才會補件 2 個月逾期，其收到院方資料後，隨即 EMAIL 給核退單位補件，請重新審核云云，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 55 條第 2 款。 （三）全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 1 項、附表暨第 2 項、第 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項。 （四）健保署 115 年 1 月 20 日健保醫字第 1140666066 號公告。 二、關於 115 年 2 月 5 日急診部分 （一）關於醫療費用計 3,825 元部分 此部分申請人於 115 年 7 月 31 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意依該署公告「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，補核退該次急診費用 3,825 元(於扣除保險費欠費後，實際核付金額 0 元)，並於 115 年 8 月 21 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通知申請人，則此部分申請爭議審議標的已不存在。

（二）關於其餘費用差額計 2 萬 7,170 元(30,995 元-3,825 元=27,170 元)部分

此部分係該次急診費用中超過核退上限之醫療費用，健保署未准核退，於法並無不合。

三、關於 115 年 2 月 6 日至 10 日住院及 115 年 2 月 11 日門診部分

（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 6 日至 10 日住院及 115 年 2 月 11 日門診就醫，於 115 年 3 月 16 日（郵戳日）申請自墊醫療費用核退，經健保署審查結果，於 115 年 5 月 5 日以健保北字第○號函通知申請人於通知之日起 2 個月內補送 115 年 2 月 6 日至 10 日住院收據及費用明細或付款證明、出院病歷摘要，及 115 年 2 月 11 日門診診斷書，該通知函已於 115 年 5 月 12 日送達申請人，惟申請人逾期仍未補正，健保署逕依現有書據進行審核，以系爭 115 年 7 月 21 日健保北字第○號函核定不給付。

（三）申請人雖於系爭 115 年 7 月 21 日健保北字第○號函送達申請人前，於 115 年 7 月 24 日以電子郵件補寄住院病歷(DISCHARE SUMMARY)等相關資料，惟健保署意見書業已陳明，略以查申請人補件僅補 115 年 2 月 5 日急診診斷證明文件、115 年 2 月 6 日至 11 日住院之病歷摘要(與申請書填具就醫日不符)，仍未補齊住院醫療費用收據及費用明細、115 年 2 月 11 日門診診斷證明文件等語，爰此，健保署不予給付此部分醫療費用，於法尚無不合。

四、綜上，原核定關於重新核定核退醫療費用計 3,825 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘醫療費用部分，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　9　月　29　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 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。」

三、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 1 項及第 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。」

四、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 1 項附表
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	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

	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。	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。

五、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。」

六、健保署 115 年 1 月 20 日健保醫字第 1140666066 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 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：　　單位：元

項目 年月	門診 （每次）	急診 （每次）	住院 （每日）
115 年 1 月至 115 年 3 月	1,133	3,825	6,887

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。」