審　　定	
主　　文	一、原核定關於重新核定核退申請人於 115 年 3 月 31 日至 4 月 20 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 8 萬 6,918 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：大陸地區上海市○醫院。 二、就醫原因：呼吸衰竭（依健保署意見書記載）。 三、就醫情形：115 年 3 月 31 日至 4 月 20 日住院。 四、醫療費用：折合新臺幣(下同)38 萬 836 元。 五、核定內容： 本件經專業審查,同意給付合理住院日數 7 天,依健保署公告之「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」,住院每日 6,686 元，給付 7 日住院費用計 4 萬 6,802 元(6,686 元 X7=46,802 元)元，其餘醫療費用不予給付。
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 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 8 萬 6,918 元部分 此部分申請人於 115 年 8 月 26 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意住院合理日數為 20 日，扣除原已給付 7 日住院費用，按前揭健保署公告之核退上限，住院每日 6,686 元，補給付 13 日住院費用計 8 萬 6,918 元(6,686 元 X13=86,918 元)，並於 115 年 9 月 7 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付在案，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醫療費用差額 24 萬 7,116 元（380,836 元-原核定已付 46,802 元-補付 86,918 元=247,116 元）部分 此部分係申請人系爭住院費用中超過核退上限之醫療費用計 24 萬 7,116 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醫療費用計 8 萬 6,918 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 24 萬 7,116 元，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 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。」

四、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。」