審　　定	
主　　文	申請審議駁回。
事　　實	一、就醫地點：○○醫療財團法人○○○○紀念醫院及○○總醫院附設民眾診療服務處(以下分別簡稱○○○○醫院及○○總醫院)。 二、就醫情形： （一）114 年 10 月 11 日、12 月 27 日、115 年 1 月 3 日、8 日、15 日、23 日、24 日（以上均為○○○○醫院）及 26 日（○○○○醫院及○○總醫院各 1 次）計 9 次門診。 （二）115 年 1 月 26 日至 31 日住院（○○總醫院）。 三、醫療費用：收據金額計新臺幣(下同)2 萬 6,270 元，其中部分負擔費用計 1 萬 1,235 元，含 115 年 1 月 26 日至 31 日住院部分負擔 9,285 元。 四、115 年 6 月 15 日受理號碼 0000000000 全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書核定要旨： （一）申請（收據）金額：2 萬 6,270 元。 （二）不給付金額：1 萬 6,985 元（114 年 10 月 11 日、12 月 27 日、115 年 1 月 3 日、8 日、15 日、23 日、26 日計 7 次門診為確診重大傷病住院前就醫，另○○○○醫院 115 年 1 月 24 日及 26 日收費項目為證書費及病歷影印費，非屬健保給付範圍，爰前開就醫核定不予給付)。 （三）核付金額：9,285 元（同意給付 115 年 1 月 26 日至 31 日住院部分負擔費用）。 五、申請人不服，主張其因乳房抽痛於 114 年 10 月 11 日前往○○○○醫院一般外科做檢查，114 年 12 月 27 日、115 年 1 月 3 日、23 日再前往胸內做檢查，115 年 1 月 8 日、15 日前往胃腸肝膽科做檢查，115 年 1 月 15 日做完胸腔斷層後，1 月 23 日胸內門診，醫生認為疑似腫瘤，希望進一步做切片檢查，其於 115 年 1 月 24 日開立診斷證明後，115 年 1 月 26 日燒錄○○○○醫院檢查之光碟後至○○總醫院胸腔外科請求複查，醫生認為病況緊急，當天安排入院，隔天進行切片檢查（後認定為間皮瘤，才有核發重大傷病下來之事)，其不可能不做任何前置檢查就草率手術切片吧?前置醫院檢查為何沒有核退?115 年 1 月 26 日至 31 日住院手術有自費項目，醫院

	有讓其簽自費同意書，那些都是合理自費項目嗎?間皮瘤是沒有神經的，通常是侵犯到其他部位才會有疼痛及抽痛的感覺，其在○○再次做斷層，醫生也證實腫瘤已侵犯到肋骨及靠近胃部，其在前置醫院的檢查，都是屬於正常合理的門診，應該是可以核退云云，向本部申請審議。
理　　由	一、法令依據 （一）全民健康保險法第 48 條第 1 項第 1 款、第 2 項及第 51 條第 10 款。 （二）全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 5 條第 1 項前段、第 6 條第 1 項第 1 款及第 2 項。 二、健保署提具意見及補充意見 （一）申請人申請重大傷病係依據○○總醫院 115 年 1 月 26 日至 31 日住院檢驗報告所核定。 （二）有關申請人於爭議審議理由主張「115 年 1 月 26 日至 1 月 31 日住院自費項目是否合理」一節及所提相關證據文件（自願付費同意書），經洽○○總醫院表示均非健保給付項目[包括進階生理監控或處置：手術中最適肌張力處置-技術費、材料費、"安培"亞歷西斯牽引器、3M 免縫膠帶、非呼吸用醫藥噴霧器(未滅菌)-手持噴霧罐組、得術泰注射劑 40 公絲、保復膚石蠟紗布 1%(硫酸新絲菌素)等]。另○○○○醫院所用之藥品 Lansoprazole，因未做胃鏡，不符合健保給付條件。 三、關於 114 年 10 月 11 日、12 月 27 日、115 年 1 月 3 日、8 日、15 日、23 日及 26 日計 7 次門診部分負擔費用計 1,950 元（11,235 元-9,285 元=1,950 元）部分 （一）按「重大傷病證明，以保險對象提出申請之日為生效日。」為全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 5 條第 1 項前段所明定。又依同辦法第 6 條第 1 項第 1 款及第 2 項規定：「(第 1 項第 1 款)保險對象持有效期間內重大傷病證明就醫，其免自行負擔費用範圍如下：一、重大傷病證明所載傷病，或經診治醫師認定與該傷病相關之治療。」「(第 2 項)保險對象如因重大傷病住院，並於住院期間申請獲准發給該項重大傷病證明者，其當次住院免自行負擔費用；如住院期間之檢驗報告，於出院後始經確定診斷屬於重大傷病，並據以申請獲准發給該項重大傷病證明，其施行該確定診斷檢驗之當次住院及出院後之相關門診，亦免自行負擔費

	用。」，是持有重大傷病證明之保險對象原則上須於重大傷病證明有效期間內就醫，並符合重大傷病證明所載病名之傷病或該傷病之相關治療，始得免除自行負擔費用；而所指可回溯至重大傷病證明生效日前之住院及出院後相關門診免部分負擔費用，係指申請獲准發給重大傷病證明之依據為該次住院期間所施行之檢驗結果，而於出院後始經確定診斷符合該重大傷病證明所載病名之情形，免自行負擔之範圍為施行確定診斷檢驗之當次住院及出院後之相關門診，合先敘明。 （二）此部分經本部審查卷附「診斷證明書」、「自願付費同意書」、「全民健康保險重大傷病證明申請書」、「申請重大傷病專用診斷書」、「○○○○紀念醫院門診費用收據」、「○○總醫院醫療費用收據」、「重大傷病申請相關資料表」等相關資料影本及健保署意見書、補充意見記載，認為○○總醫院於115年2月9日代申請人向健保署申准取得診斷代碼「C450」[胸(肋)膜間皮瘤]重大傷病證明(效期為115年2月9日至120年2月8日)，則申請人系爭114年10月11日至115年1月26日期間計7次門診就醫，並非在前開重大傷病證明有效期間內，自不符合全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第6條第1項規定；又健保署前開意見書固陳明，略以申請人重大傷病證明係依據○○總醫院115年1月26日至31日住院檢驗報告所核定等語，雖經健保署認定例外回溯至重大傷病證明生效日前免除部分負擔費用之情形，惟系爭7次門診並非該次住院後之門診就醫，非屬得免自行負擔之範圍，即應由保險對象自行負擔費用。 四、關於其餘不給付之醫療費用1萬5,035元（16,985元-1,950元=15,035元）部分 此部分包括本保險不給付之掛號費、證書費、病歷影印、非健保給付品項費用及不符本保險適應症藥品，合計1萬5,035元(詳如附表)，應由申請人自行負擔，則健保署不予核退，於法並無不合。 五、綜上，健保署未准核退醫療費用計1萬6,985元，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　11　月　2　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 48 條第 1 項第 1 款及第 2 項

「保險對象有下列情形之一者，免依第四十三條及前條規定自行負擔費用：一、重大傷病。」「前項免自行負擔費用範圍、重大傷病之項目、申請重大傷病證明之程序及其他相關事項之辦法，由主管機關定之。」

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、全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 5 條第 1 項前段

「重大傷病證明，以保險對象提出申請之日為生效日。」

四、全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 6 條第 1 項第 1 款及第 2 項

「保險對象持有效期限內重大傷病證明就醫，其免自行負擔費用範圍如下：一、重大傷病證明所載傷病，或經診治醫師認定為該傷病相關之治療。」「保險對象如因重大傷病住院，並於住院期間申請獲准發給該項重大傷病證明者，其當次住院免自行負擔費用；如住院期間之檢驗報告，於出院後始經確定診斷屬於重大傷病，並據以申請獲准發給該項重大傷病證明，其施行該確定診斷檢驗之當次住院及出院後之相關門診，亦免自行負擔費用。」

附表：不給付金額 1 萬 5,035 元明細　　單位：元

就醫日期	項目	金額	不給付理由
114 年 10 月 11 日	掛號費	150	非健保給付
114 年 12 月 27 日	掛號費	150	非健保給付
115 年 1 月 3 日	掛號費	150	非健保給付
	藥費/Lansoprazole	139	因未做胃鏡，不符合健保給付適應症
115 年 1 月 8 日	掛號費	150	非健保給付
115 年 1 月 15 日	掛號費	150	非健保給付
115 年 1 月 23 日	掛號費	100	非健保給付

115 年 1 月 24 日	證明書費	100	非健保給付
115 年 1 月 26 日	其他費/病歷影印費—光碟	500	非健保給付
115 年 1 月 26 日	掛號費	100	非健保給付
115 年 1 月 26 日至 115 年 1 月 31 日	治療處置費/進階生理監控或處置：手術中最適肌張力處置-技術費	2,960	非健保給付
	特殊材料費/進階生理監控或處置：手術中最適肌張力處置-材料費	3,040	非健保給付
	特殊材料費/"安培"亞歷西斯牽引器	2,310	非健保給付
	特殊材料費/3M 免縫膠帶	24.5	非健保給付
	特殊材料費/非呼吸用醫藥噴霧器(未滅菌)-手持噴霧罐組	25.5	非健保給付
	藥費/得術泰注射劑 40 公絲	4,967	非健保給付
	藥費/保復膚石蠟紗布 1%(硫酸新絲菌素)	19	非健保給付
	總金額	15,035	