審　　定	
主　　文	一、原核定關於重新核定核退申請人於 114 年 12 月 20 日急診就醫自付之醫療費用計新臺幣 3,563 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：衛生福利部○醫院（委託○興建經營，以下簡稱○醫院）。 二、就醫情形：未帶健保卡，以一般身分於 114 年 12 月 20 日急診，自付醫療費用新臺幣(下同)4,883 元。 三、核定內容： 申請人申請核退於○醫院 114 年 12 月 20 日急診自付醫療費用，查自墊費用原因填載「因車禍，當天沒帶健保卡，所以先自費身分就醫」，惟經查申請人於 114 年 12 月 23 日及 29 日皆有持健保卡至原醫院就醫紀錄，申請人未於 10 日內（不含例假日）回原醫院補卡退費，所請核退，該署未便同意。 四、申請人主張實體健保卡因車禍撞擊或其他原因導致晶片毀損無法讀取，故該兩次(114 年 12 月 23 日及 29 日)回診，實際上係配合國家健保政策，以手機「全民健保行動快易通 APP」內 之「虛擬健保卡」方式進行暫時性就醫等語，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 43 條第 1 項、第 3 項、第 51 條第 10 款及第 55 條第 4 款。 二、關於醫療費用 3,563 元部分 此部分申請人於 115 年 7 月 13 日（本部收文日）申請審議後，業經健保署重新審查核定，依收據金額於扣除本保險不給付之證明書費 270 元、掛號費 300 元及部分負擔費用 750 元，計 1,320 元(300 元+270 元+750 元=1,320 元)後，補核付費用計 3,563 元（4,883 元-1,320 元=3,563 元），並於 115 年 7 月 24 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 1,320 元部分 此部分係申請人該次急診費用中本保險不給付之掛號費 300 元、證明書費 270 元及部分負擔費用 750 元，計 1,320 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 3,563 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 1,320 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　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 43 條第 1 項及第 3 項

「保險對象應自行負擔門診或急診費用之百分之二十，居家照護醫療費用之百分之五。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其百分之三十、百分之四十及百分之五十。」「第一項應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依診所及各級醫院前一年平均門診費用及第一項所定比率，以定額方式收取，並每年公告其金額。」

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。」