

衛 生 福 利 部

確保審議品質 提昇審議效能



ISBN 978-986-05-1438-4
9 789860 514384
GPN:1010503015
工本費:100元

全民健康保險爭議審議案例彙編（九）權益篇

全民健康保險爭議審議 案例彙編（九）

權益篇



衛生福利部全民健康保險爭議審議會
MOHW NHI Dispute Mediation Committee

中華民國105年12月

全民健康保險爭議審議案例彙編(九)

~權益篇~

衛生福利部

全民健康保險爭議審議會

MOHW NHI Dispute Mediation Committee

中華民國一零五年十二月

全民健康保險爭議審議案例彙編(九)－權益篇 目錄

序言

緒言

一、特約管理事項

(一) 特約申請/特約生效日.....	1
(二) 特約申請/特約條件.....	5
(三) 特約申請/協力義務.....	10
(四) 違反健保特約/未依實際釋出藥品情形上傳.....	14
(五) 違反健保特約/未依規定確實核對保險對象就醫文件.....	20
(六) 違反健保特約/未經醫師診斷逕行提供醫事服務.....	26
(七) 違反健保特約/未經醫師診斷逕行提供醫事服務.....	31
(八) 違反健保特約/醫療費用申報內容為紀錄（處方箋）所未記載.....	48
(九) 違反健保特約/醫師未看診卻其名義申報醫療費用.....	52
(十) 違反健保特約/未以實際調劑藥師申報費用.....	59
(十一) 違反健保特約/借牌虛報費用.....	63
(十二) 違反健保特約/多刷健保卡虛報費用.....	66
(十三) 違反健保特約/刷卡換物虛報費用.....	71
(十四) 違反健保特約/收集健保卡自創就醫紀錄.....	79
(十五) 違反健保特約/裁處權期間起算時點.....	89
(十六) 違反健保特約/自首免罰要件.....	93
(十七) 違反健保特約/停約處分之法律性質.....	100
(十八) 違反健保特約/罰鍰.....	106
(十九) 違反健保特約/申請複核期限.....	112

二、投保事項

(一) 投保手續/僱傭關係之認定.....	119
(二) 納保條件/大陸地區人士強制納保條件.....	121
(三) 納保條件/外籍人士居留滿6個月之認定.....	124
(四) 投保身分/外籍人士之投保身分.....	127
(五) 投保身分/未成年人之投保身分.....	132
(六) 投保身分/未成年人依附加保對象之認定.....	136
(七) 投保身分/公司負責人之投保身分.....	140
(八) 投保身分/第3類被保險人投保資格之認定.....	144
(九) 投保金額/第2類被保險人投保金額之認定.....	149
(十) 投保金額/第2類被保險人投保金額之認定.....	152
(十一) 出國停保/出國停保生效日期之認定.....	157
(十二) 出國停保/停保條件	161
(十三) 出國停保/返國奔喪免註銷停保或復保之條件.....	164
(十四) 出國停保/出境期間滿6個月之計算.....	169
(十五) 補充保險費/計收基準點.....	171
(十六) 補充保險費/利息所得核算補充保險費之計算範圍.....	174
(十七) 補充保險費/單位補充保險費.....	177
(十八) 補充保險費/單位補充保險費.....	181
(十九) 保費繳納/保險費計費原則.....	184
(二十) 保費繳納/返國復保繳納保險費之義務.....	186
(二一) 保費繳納/被保險人負擔依附加保眷屬保險費之義務.....	191
(二二) 保費繳納/投保單位負擔停業前已發生保險費之義務.....	195
(二三) 保費退費/誤繳保險費之退費申請期限.....	200
(二十四) 滯納金/銀行轉帳存款不足遲延繳納保險費.....	204
(二十五) 罰鍰/投保單位未依限辦理受僱員工及眷屬投保手續.....	208
(二六) 罰鍰/規避、拒絕提供資料或文件.....	212

三、保險給付事項

(一) 臺灣地區內就醫/未攜帶健保卡就醫.....	215
(二) 臺灣地區內就醫/不符藥品適應症.....	217
(三) 臺灣地區內就醫/非本保險給付範圍.....	221
(四) 臺灣地區內就醫/部分負擔醫療費用.....	224
(五) 臺灣地區內就醫/部分負擔醫療費用.....	227
(六) 臺灣地區外就醫/核退條件.....	230
(七) 臺灣地區外就醫/核退條件.....	233
(八) 臺灣地區外就醫/個案醫療專業判斷.....	236
(九) 臺灣地區外就醫/門急診認定.....	239
(十) 臺灣地區外就醫/住院五日以上應備文件.....	242
(十一) 臺灣地區外就醫/住院日數計算原則.....	245
(十二) 臺灣地區外就醫/核退期間之計算.....	249

四、其他保險權益及程序事項

(一) 重大傷病/癌症.....	251
(二) 重大傷病/慢性腎衰竭須定期透析治療.....	253
(三) 重大傷病/燒燙傷面積達全身百分之二十以上；或顏面燒燙傷合併 五官功能障礙者.....	255
(四) 重大傷病/重大創傷嚴重程度16分以上者.....	259
(五) 函復退還保險費處理情形為單純事實之說明，非行政處分.....	261
(六) 繳款單前已送達，再次發單催繳非行政處分.....	264
(七) 移送執行經扣取欠費後之繳納證明非行政處分.....	266
(八) 撤回爭議審議後再次爭議.....	269
(九) 申請審議標的已不存在.....	270
(十) 未依規定補正.....	271

序言

全民健保自民國 84 年開辦至今，透過「一代健保」、「二代健保」之落實，大幅改善我國醫療照護之可近性，社會不再出現「因貧忌醫」或「因病而貧」的遺憾，成功使得我國醫療照護達到極高之水平，因而享譽國際。當初立法時一併考量到全民健保在強制納保的前提下，衍生的爭議具有「專業且量多」之特性，所以在法制上設計全民健康保險爭議審議程序，旨在獨立於保險人(即健保署)之外，以超然、公正、客觀之類似仲裁者角色，為第三者審查，一方面避免保險人被質疑球員兼裁判，一方面提供民眾一道迅速、有效之救濟管道。

全民健康保險爭議審議業務推展迄今逾二十年，每件爭議案件之審定，均由來自醫療、法學、保險界的專家學者及本部代表所組成的委員會議，以專業、公正及客觀的立場共同審議，除審酌臨床處置與病人醫療需要，以實證醫學為判斷基礎外，亦同時兼顧依法行政及醫學倫理之衡平要求，於個案審議時更以宏觀的角度對全民健保法令制度疑義提出具體建議，以供保險人作為檢討法令及修正實務作業之參考，讓爭議審議功能再提昇。

有感於大量爭議案件的發生，多因民眾或醫療機構對全民健保法令規定不熟悉或認知有誤所致，為協助宣導全民健保法令、教育與輔導民眾、特約醫療機構，以及提升醫療品質，本部全民健康保險爭議審議會多年來已蒐集具代表性、

教育性之爭議案例，集結編印案例彙編計八輯，提供各界查閱參考。為協助閱讀者透過全民健保實務上之爭議案例，迅速明瞭自身的健保權利與義務之所在，以及避免因為對全民健保法規的陌生而影響權益，本部全民健康保險爭議審議會再次選錄了近 2 年（103 年 9 月至 105 年 9 月）值得各界參考之健保爭議案例，編撰為案例彙編（九）一權益篇及醫療篇，欣見付梓，特誌數語，以之為序。

衛生福利部

部長

林奏延

謹識

中華民國 105 年 12 月

「全民健康保險爭議審議案例彙編（九）-權益篇」緒言

一、本彙編（九）共收集具代表及特殊性之案例 67 則，分成特約管理事項、投保事項、保險給付事項、其他保險權益及程序事項等 5 大類。

- (一) 特約管理事項：指關於保險人與保險醫事服務機構間有關違約記點、追扣及扣減 10 倍醫療費用、停止特約、終止特約、特約生效日等特約及管理事項。
- (二) 投保事項：指關於保險對象之資格、投保手續、投保金額、保險費、滯納金及罰鍰等事項。
- (三) 保險給付事項：指關於保險對象之保險給付內容或自墊醫療費用核退等事項。
- (四) 其他保險權益事項：指除上開事項以外涉及保險醫事服務機構特約、投保單位或保險對象之全民健康保險權益事項。
- (五) 程序事項：指不涉及實體認定之程序審理事項。

二、本彙編之案例係選錄本會 103 年 9 月至 105 年 5 月審定之權益爭議案件，所援引之法規條文均以案件發生當時之法規內容為準。

三、保險人(行政院衛生署中央健保局於 102 年 7 月 23 日改製為衛生福利部中央健康保險署)名稱之援引，均以保險人核定當時之名稱為準。

四、本次編印，除按案件性質排序外，並於每則審定書首段摘要案情內容，以便利查考；另為減少篇幅，並配合個人資料保護法規定，案涉當事人或關係人之姓名、住址或其他得以直接或間接方式識別該個人之資料，均以符號(○○)替代或逕予刪除。

一、特約管理事項

案情摘要

醫事機構向健保署申請簽訂全民健康保險特約藥局合約，惟該醫事機構執業登記之藥劑生於申請特約日前 5 年內，有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條、第 39 條、第 40 條或第 47 條所定情事，健保署未追溯自取得藥局執照日為特約生效日，而以申請特約日為特約生效日，經核尚無不合。

請求事項	將特約生效日追溯至開業執照核發日 104 年 4 月 1 日起算。
審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	
<p>一、案件緣由及原核定要旨</p> <p>本件申請人 104 年 4 月 1 日取得藥局執照，於 104 年 4 月 2 日經由健保署全球資訊網預約申請新特約，並於 104 年 4 月 9 日向健保署遞送「全民健康保險特約藥局申請書」，經該署於 104 年 5 月 8 日以健保○字第 0000000000 號函復申請人，略以申請人藥局之執業藥劑生謝○○於 99 年 10 月 22 日有違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下簡稱特約及管理辦法)第 38 條之情事，依上開特約及管理辦法第 7 條第 3 項規定，特約生效日不得追溯至開業執照核發日 104 年 4 月 1 日，爰核定同意特約生效日為 104 年 4 月 2 日。</p>	
<p>二、申請人申請複核，健保署認事證明確，以 104 年 6 月 11 日健保○字第 0000000000 號函核復仍維持原核定，理由如下：</p> <p>(一)特約及管理辦法第 7 條第 3 項規定意指「未違規且未逾 15 日」時，特約日得追溯至開業執照核發日起算。查申請人藥局於申請特約日前 5 年內因有執業醫事人員違反特約及管理辦法第 38 條所定情事，故不得追溯至開業執照核發日。</p> <p>(二)該署依照全民健康保險法第 81 條第 2 項規定，於特約院所受停約以上處分時即公布於網路上，故申請人藥局並非無管道可查詢；另依個人資料保護法第 15 條及第 16 條規定，公務機關執行法定職務必要範圍內，對個人資料為蒐集、處理或利用。故該署執行特約及管理辦法第 7 條之規定，並未抵觸個人資料保護法規範事項。</p>	
理 由	
<p>一、法令依據</p> <p>全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 7 條第 1 項及第 3 項。</p>	
二、卷證	

○○縣政府 104 年 4 月 1 日○縣○字第 0000000000 號藥局執照、全民健康保險特約藥局申請書、申請預約特約清單、藥局基本資料表、改制前行政院衛生署中央健康保險局(以下簡稱改制前健保局,102 年 7 月 23 日改制為健保署)100 年 3 月 21 日健保○字第 0000000000 號函、100 年 5 月 27 日健保○字第 0000000000 號函、改制前全民健康保險爭議審議委員會(000)權字第 00000 號審定書、改制前行政院衛生署(102 年 7 月 23 日改制為衛生福利部)101 年 3 月 30 日衛署○字第 0000000000 號訴願決定書、○○高等行政法院 101 年度○字第 000 號判決等影本及健保署意見書。

三、審定理由

(一)按「醫事機構申請特約，經審查合格後，保險人應與保險醫事服務機構依第二條所定之原則簽訂契約。」、「醫事機構內之負責醫事人員或執業醫師、藥師（藥劑生）、物理治療師（生）、職能治療師（生）、醫事檢驗師（生）、醫事放射師（士），於其申請特約日前五年內，未有第三十八條、第三十九條、第四十條或第四十七條所定情事，且其申請特約日未逾開業執照核發日起十五個工作天者，特約生效日得追溯至開業執照核發日起算。」為特約及管理辦法第 7 條第 1 項及第 3 項所明定，是醫事機構申請特約，得以追溯至開業執照核發日起算之前提要件為 1. 經保險人審查合格；2. 該機構負責人員或執業之相關醫事人員未涉有特約及管理辦法第 38 條、第 39 條、第 40 條或第 47 條所定違規情事；3. 申請特約日未逾開業執照核發日 15 個工作天。上述前提要件有任一不具備者，即無特約生效日追溯自開業執照核發日起算規定之適用，合先敘明。

(二)依卷附相關資料顯示，本件申請人於 104 年 4 月 1 日申准取得○○縣政府核發之藥局執照後，於 104 年 4 月 2 日向健保署申請簽訂全民健康保險特約藥局合約，惟該署查核發現申請人藥局執業登記之藥劑生謝○○於擔任○○藥局之負責藥事人員期間，○○藥局有行為時特約及管理辦法第 38 條（101 年 12 月 28 日移列為第 40 條）相關規定情事，經改制前健保局依同辦法第 44 條（101 年 12 月 28 日移列為第 47 條），以 100 年 3 月 21 日健保○字第 0000000000 號函處以該藥局終止特約，並管制謝○○不予支付藥事服務費用 1 年，○○藥局乃循序提起申復、爭議審議及訴願後，再訴經○○高等行政法院以 101 年度○字第 000 號判決駁回，前開處分並於 102 年 6 月 30 日執行完畢在案。因申請人執業登記之藥事人員謝○○有前開違規情事係在申請人 104 年 4 月 2 日申請特約日前 5 年內，健保署乃未追溯自 104 年 4 月 1 日申請人取得藥局執照日為特約生效日，而以申請人申請特約日 104 年 4 月 2

日（即不溯至藥局執照核發日）為特約生效日，經核尚無不合。

(三)申請人雖主張1.其藥局所聘僱之謝○○於99年10月22日有違反特約及管理辦法第38條之情事，於其藥局104年3月籌設聘用之際，無法由健保署網路查知，特約及管理辦法第7條第3項之執行，未處罰當事人，反而傷害無辜的負責人，謝○○若任職於早已特約之醫事機構，該機構與謝○○皆不受影響，但若是剛籌設之機構聘用謝○○，則使負責人之權益受損；2.辦理特約前行作業，健保署承辦人員未提醒特約及管理辦法第7條限制，且違規名冊僅能查閱近2年的資料，無法查知5年內違規之醫事人員；3.特約及管理辦法第7條第3項是指機構內所有人員，只要有1人或以上未違反特約及管理辦法第38條、第39條、第40條或第47條所定情事，並非所有人員均不得違反該等規定，健保署對該條文過度解釋，傷害無辜負責人云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

1. 健保署意見書陳明，略以

- (1)特約及管理辦法第7條於101年4月16日起修正實施，醫事服務機構欲與該署進行特約，即應注意特約及管理辦法之內容，並不因全民健康保險法第81條第2項規定，於102年7月1日起公布特約院所受停約以上處分於網路而影響其權益。
- (2)特約及管理辦法係依全民健康保險法第66條第1項及第67條第1項授權訂定，該署執行特約及管理辦法第7條規定，係屬依法令之行政行為，特約及管理辦法第7條第3項係以負責醫事人員或執業醫事人員兩者其中之一於特約申請日前5年內有違反特約及管理辦法第38條至第40條及第47條所定情事，即不得追溯至開業執照核發日期，該署並未曲解該條文意義。

2. 申請人本次申請特約之生效日，不得追溯至開業執照核發日之要件

- (1)按特約及管理辦法第7條第3項所訂醫事機構申請特約，得追溯至開業執照核發日起算之前提要件之一，係該機構負責醫事人員或執業醫事人員於申請特約日前5年內未涉有特約及管理辦法第38條、第39條、第40條或第47條所定違規情事，已如前述。
- (2)查本件申請人於104年4月2日申請簽訂全民健康保險特約藥局合約，其藥局執業登記之藥劑生謝○○，前於擔任○○藥局負責藥事人員期間，該藥局有行為時特約及管理辦法第38條情事，經改制前健保局依同辦法第44條規定論處在案，則健保署據以審認申請人藥局於申請特約日前5年內，其藥局之執業藥劑生有行為時特約及管理辦法第38條所定情事，而不予同意特約生效日追溯至申請人藥局執照核發日104年4月1日起算，即屬有據。

3. 本件健保署核定不予追溯特約生效日至申請人藥局執照核發日起算之法規依據，係 101 年 12 月 28 日修正之現行特約及管理辦法第 7 條第 3 項規定，依該條項於 101 年 4 月 16 日及 101 年 12 月 28 日 2 次條文修正沿革顯示，由原規定之「機構」修正為「醫事機構內之負責醫事人員或執業醫師、藥師（藥劑生）、物理治療師（生）、職能治療師（生）、醫事檢驗師（生）、醫事放射師（士）」，其修正立法說明為「關於受違約處理之負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，應有明確規範，以為遵循」等語，從而舉凡醫事機構內之醫師、藥師(藥劑生)有該條所定情事，即不符合得追溯至開業執照核發日生效之要件，所稱機構內只要有 1 人或以上未違反特約及管理辦法第 38 條至第 40 條或第 47 條所定情事，並非所有人員均不得違反云云，顯係誤解。(四)綜上，健保署核定申請人特約生效日為 104 年 4 月 2 日，並無不合，原核定應予維持。

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 項暨第 25 條規定，審定如主文。

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：

全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 7 條第 1 項及第 3 項

「醫事機構申請特約，經審查合格後，保險人應與保險醫事服務機構依第二條所定之原則簽訂契約。」「醫事機構內之負責醫事人員或執業醫師、藥師(藥劑生)、物理治療師（生）、職能治療師（生）、醫事檢驗師（生）、醫事放射師（士），於其申請特約日前五年內，未有第三十八條、第三十九條、第四十條或第四十七條所定情事，且其申請特約日未逾開業執照核發日起十五個工作天者，特約生效日得追溯至開業執照核發日起算。」

案情摘要

藥局向健保署申請特約，惟申請特約之藥局地址於最近 5 年內曾有同址設立之醫事服務機構經健保署處以停約 1 個月及終止特約 1 年處分，其負責藥事人員於上開停約及終止特約期間亦受管制不予支付費用，健保署依照全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 5 條第 1 項第 1 款及第 3 款規定，核定不予特約，核無不合。

請求事項	原核定撤銷。
審定	
主文	申請審議駁回。
事實	
一、案件緣由及原核定要旨	
本件申請人於 103 年 11 月 26 日向健保署申請新特約，經該署於 103 年 12 月 11 日以健保○字第 0000000000 號函復申請人，略以：	
(一) 經查前本保險特約之○○藥局(代碼：0000000000，負責人：何○○藥師)設於○○市○區○○路○段○號，在提供本保險醫療服務期間，經該署於 100 年 2 月 23 日處以停止特約 1 個月，100 年 5 月 31 日執行完畢後 5 年內，再經該署於 102 年 8 月 15 日處以終止特約在案。	
(二) 依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 5 條第 1 項規定，申請人藥局同址之○○市○區○○路○段○號服務場所已構成受停約或終止特約 2 次以上，且負責藥事人員何○○亦已構成停約執行完畢後 5 年內再受終止特約之情事，爰核定不予特約。	
二、申請人申請複核，經健保署重行審核，以 104 年 1 月 29 日健保○字第 0000000000 號函核復因事證明確，仍維持原核定。	
三、申請人仍未甘服，向本部申請審議，並申請到場陳述意見。	
理由	
一、法令依據	
全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下簡稱特約及管理辦法）第 5 條第 1 項第 1 款、第 3 款及第 47 條第 2 項（101 年 12 月 28 日修正）。	
二、卷證	
全民健康保險特約藥局申請書、藥局執照、特約機構基本資料、特約機構違約作業資料等影本及健保署意見書。	
三、審定理由	
(一) 按「申請特約之醫事機構或其負責醫事人員有下列情事之一者，於 5 年內不予	

特約：一、同址之機構最近 5 年內，受停約或終止特約 2 次以上。三、停約執行完畢後 5 年內，再次受終止特約或停約 2 次以上。」及「前項受不予以支付處分之醫事人員，其所受之處分視為受停約或終止特約之處分。」分別為首揭特約及管理辦法第 5 條第 1 項第 1 款、第 3 款及第 47 條第 2 項所明定，是申請特約之藥局，如其特約地址有「同址之機構最近 5 年內受停約或終止特約 2 次以上」，或其負責藥事人員受有視為停約之不予以支付處分，而有「停約執行完畢後 5 年內，再次受終止特約或停約 2 次以上」之情事者，即該當於該條款所定之構成要件，健保署應處予 5 年內不予以特約之處分，合先敘明。

(二)依卷附前開相關資料顯示，本件申請人藥局於 103 年 11 月 5 日申准取得○○市政府核發藥局執照(代碼：0000000000)，於 103 年 11 月 26 日向健保署申請簽訂全民健康保險特約藥局合約，特約地址為「○○市○路○段○號」，負責藥事人員為何○○，有藥局執照及特約藥局申請書影本等附卷可稽，經健保署查核申請人負責藥事人員何○○曾於同址設立「○○藥局(代碼：0000000000)」，前經健保署於 100 年 2 月 23 日及 102 年 1 月 9 日分別處以停止特約 1 個月及終止特約 1 年處分(執行期間為 100 年 5 月 1 日至 31 日及 102 年 10 月 1 日至 103 年 9 月 30 日)，並於上開停約及終止特約期間，管制何○○不予以支付費用在案，為申請人所不否認，則健保署據以審認申請人藥局曾有同址之機構最近 5 年內受停約或終止特約 2 次以上，及負責藥事人員何○○於其任○○藥局負責藥事人員所受停約處分執行完畢後 5 年內有再受終止特約之情事，乃核定申請人藥局不予以特約，於法並無不合。

(三)申請人申請審議及到場陳述意見主張 1. 特約及管理辦法第 5 條第 1 項第 3 款係採違約累計，其藥局在停約執行完畢後 5 年內，僅再次受終止特約裁處 1 次，未達違約累計 2 次以上；2. 特約及管理辦法第 5 條第 1 項第 3 款「再次受終止特約或停約 2 次以上」，併計先前執行完畢之停約裁處，致 5 年內不應再予特約，違反行政罰法「一行為不二罰」之法律原則及精神；3. 特約及管理辦法第 5 條第 1 項第 3 款所謂「2 次以上」者，是否含本數 2 次，缺乏法令規定；4. 健保署原 102 年 1 月 9 日健保○字第 0000000000 號函裁處核定所謂「即終止特約，1 年內不得再申請特約」，在公文後面引述提醒其負責藥事人員以後要注意，不然以後可能要停 5 年，致其負責藥事人員認定僅停 1 年，而產生信任，惟其藥局於終止特約執行完畢後，申請特約卻遭核定不予以特約，遭受不能預見之損害，違反信賴保護原則云云，所稱核難執為本案之論據，分述如下：

1. 健保署提具意見書陳明，略以：

(1)查前全民健康保險特約之○○藥局(代碼：0000000000，負責藥事人員：何

○○藥師)設於○○市○區○路○段○號，前經該署於100年2月23日裁處自100年5月1日起停約1個月，經執行完畢後5年內，再經該署於102年1月9日裁處終止特約，自102年10月1日起執行終止特約，該址「○○市○區○路○段○號」已構成特約及管理辦法第5條第1項第1款所定同址之機構最近5年內，受「停約或終止特約」2次以上之要件，且負責藥事人員何○○亦已構成同條項第3款所定停約執行完畢後5年內，再次受「終止特約」或「停約二次以上」之要件，該署依特約及管理辦法所定之特約申請及審核規範審核，核定不予特約，乃屬當然。

(2)依法務部91年1月30日法律決字第0910003481號函釋，略以按刑法第10條第1項規定：「稱以上、以下、以內者，俱連本數…計算。」，參照上開規定，法制用語所稱「以上、以下、以內者」，包含該本數計算。特約及管理辦法雖無類似刑法第10條第1項之規定，惟依上開規定法制用語所稱以上者，包含該本數計算，即特約及管理辦法第5條所謂以上者，俱連本數。

(3)按「行政行為，應以誠實信用之方法為之，並應保護人民正當合理之信賴。」行政程序法第8條定有明文。有關前全民健康保險特約之○○藥局(代碼：0000000000，負責藥事人員：何○○藥師)終止特約處分函載「自102年4月1日起終止合約，並自終止特約之日起1年內，不得再申請特約」之核定，係該署依特約及管理辦法第40條第2項所為之核定，至5年不予特約係符合特約及管理辦法第5條規定時應不予特約，該署於102年1月9日以健保○字第0000000000號函核處「○○藥局」終止特約之函文說明六已記載特約及管理辦法第5條規定，提醒○○藥局或負責藥事人員爾後應予注意，以免5年內不予特約，該署行政行為皆符合行政程序法第8條之規定。

2. 申請人本次申請特約情節，已該當特約及管理辦法第5條第1項第1款所定5年不予特約之要件

本件申請人於103年11月26日申請簽訂全民健康保險特約藥局合約之特約地址，前經健保署於100年及102年間先後處以停止特約1個月及終止特約1年處分，並分別在100年5月31日及103年9月30日執行完畢，已如前述，則健保署據以審認申請人藥局曾有同址之機構最近5年內受停約或終止特約2次以上之情事，該當特約及管理辦法第5條第1項第1款所定5年內不予特約之要件，乃核定不予特約，已有所據。

3. 申請人本次申請特約情節，亦該當特約及管理辦法第5條第1項第3款所定5年內不予特約之要件

(1)查本件健保署核定不予特約之法規依據，係101年12月28日修正之特約及

管理辦法第 5 條第 1 項，其中第 3 款規定：「申請特約之醫事機構或其負責醫事人員有下列情事之一者，於五年內不予特約：三、停約執行完畢後五年內，再次受終止特約或停約二次以上。」，該款立法原意原本即為有受停約執行完畢後，再次受有「終止特約 1 次」或「停止特約 2 次」之情形，即該當不予特約之要件，此由該款下列修法歷程，即可明瞭：

①99 年 9 月 15 日初始增訂特約及管理辦法第 5 條第 1 項第 3 款規定「申請特約之機構或其負責醫事人員有下列情事之一者，十年內不予特約：三、有受停約執行完畢後，再受終止特約或再受應停約二次以上之紀錄」，立法理由為「為保障保險對象就醫權益及醫療品質，對於不能改善且屢次違約之醫事服務機構與醫事人員，以及同址多次違約之醫事服務機構，保險人 10 年內不予特約」。

②該款規定雖於 101 年 12 月 28 日修正為「申請特約之醫事機構或其負責醫事人員有下列情事之一者，於五年內不予特約：三、停約執行完畢後五年內，再次受終止特約或停約二次以上。」，惟修正理由為「1. 機構修正為醫事機構。2. 為達擇優特約目的，第一項、第二項及第四項之不予特約修正為五年。3. 為使語意明確，爰酌作文字修正，並未變更其實質內容。」，此有改制前行政院衛生署 101 年 6 月 29 日衛署健保字第 1012660171 號公告預告，及 101 年 12 月 28 日衛署健保字第 1012660329 號令修正發布特約及管理辦法第 5 條之修正說明可稽，足證 101 年 12 月 28 日修正之立法原意並未改變不予特約之要件，僅係將不予特約的期間由 10 年縮短為 5 年而已。

(2) 本件申請人所稱該條款係採違約累計，其藥局在停約執行完畢後 5 年內，僅再次受終止特約裁處 1 次，未達違約累計 2 次以上云云，核有誤解，則本件申請人既有前開經停約執行完畢後 5 年內，再次受終止特約 1 次之情形，健保署核定不予特約，亦無不合。

(四) 綜上，健保署核定申請人藥局不予特約，並無不合，原核定應予維持。

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 項暨第 25 條規定，審定如主文。

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、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第5條第1項第1款及第3款
「申請特約之醫事機構或其負責醫事人員有下列情事之一者，於五年內不予特約：一、同址之機構最近五年內，受停約或終止特約二次以上。三、停約執行完畢後五年內，再次受終止特約或停約二次以上。」
- 二、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第47條第2項
「前項受不予以支付處分之醫事人員，其所受之處分視為受停約或終止特約之處分。」

案情摘要

按「行政機關基於調查事實及證據之必要，得要求當事人或第三人提供必要之文書、資料或物品。」為行政程序法第 40 條所明定，健保署於審查特約申請案時，因基於調查事實之必要，要求申請特約之醫療院所提供必要之文件，自屬有據。本件健保署為審查申請人是否涉有本保險給付項目囑保險對象自費醫療等情事，要求申請人提供自費針劑紀錄資料查核，申請人即負有提供資料之協力義務，惟申請人卻拒絕提供，致健保署無從審查核准其診所特約之申請，乃不同意申請人特約。

請求事項	准予特約。
審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	
<p>一、本件申請人於 103 年 10 月 16 日申准取得開業執照（104 年 2 月 16 日歇業），於 103 年 10 月 21 日向健保署申請特約，經該署於 103 年 11 月 19 日以健保○字第 0000000000 號函知申請人，略以所申請辦理全民健康保險基層診所醫療業務案，尚在審查中，依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 3 條第 2 項規定，保險人應於受理醫事機構特約申請後 30 日內完成審查，必要時得延長 30 日，容審查完成後再函覆等語，該署嗣於 103 年 12 月 17 日以健保○字第 0000000000 號函復，略以申請人診所申請為本保險特約醫事機構乙案，審查結果如下：</p>	
<p>(一) 申請人診所拒絕於簽約前提供自費針劑資料，致該署無法釐清申請人診所是否涉有本保險給付項目，卻囑保險對象自費醫療，及自立名目收費之情事，而該等情事依全民健康保險法第 83 條規定，得依情節輕重，限定於一定期間不予特約或永不特約。</p>	
<p>(二) 抽訪保險對象發現申請人診所涉有違反本保險相關規定之情事，廖○○醫師雖皆予否認，惟並未提出足資推翻該等情事之證明，難以逕予採信。</p>	
<p>(三) 綜上，本件特約申請案審查不合格，不同意特約。</p>	
<p>二、申請人申請複核，健保署以 104 年 1 月 21 日健保○字第 0000000000 號函核復申請人，仍維持原核定。</p>	
<p>三、申請理由要旨</p>	
<p>(一) 健保署承辦人未查清事實，誣陷 30 年醫療經驗醫師人員之清白與名譽。</p>	
<p>(二) 從設立診所至應特約未特約，損失數百萬元之費用。</p>	
<p>(三) 如此公務員，心態可議，罄竹難書，事實與證據如附件。</p>	

(四) 本人從未違約，103 年 7 月也剛通過健保署合約，幾十年來，無論在醫院或診所執業，都服從醫療法規，此次設立診所，亦遵照過去經驗與規定行醫，衛生局人員多次檢查，亦稱合乎規定，不知為何此調查員把一些莫須有之罪名，強載於公文上，而不予以診所特約，請詳查還其診所清白並准予特約。

理由

一、法令依據

- (一) 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下簡稱特約及管理辦法）第 3 條及第 5 條第 3 項。
- (二) 行政程序法第 40 條。

二、卷證

全民健康保險特約診所申請書、業務訪問紀錄表、特約申請案陳述意見紀錄、病歷、醫療機構開業執照等影本及健保署意見書。

三、審定理由

- (一) 依卷附相關資料顯示，本件申請人於 103 年 10 月 16 日申准取得○○縣政府核發開業執照，於 103 年 10 月 21 日向健保署申請特約，經該署於 103 年 11 月 3 日至 24 日派員實地訪查保險對象，發現申請人涉有本保險給付項目囑保險對象自費醫療（劉姓及黃呂姓）、容留未具醫事人員資格人員執行醫療業務（劉姓），未診治保險對象，卻製作病歷（黃呂姓）等違反本保險規定之情事，乃函請申請人負責醫師廖○○到署說明，並以其拒絕於簽約前提供自費病歷資料，及否認有上開違反本保險相關規定之情事，未提出足資推翻該等情事之證明，核定特約申請案不合格，不同意申請人特約。
- (二) 申請人雖檢附保險對象「自費打針同意書」、「證明書」、病歷等資料影本，主張此次設立診所，遵照過去經驗與規定行醫，衛生局人員多次檢查，亦稱合乎規定，健保署承辦人未查清事實云云，惟姑不論申請人爭議審議舉證之資料與其診所申復時相同，前業經健保署審核回覆難以憑採，且依下述理由，健保署不予申請人特約，核屬有據：

1. 健保署意見書及補充意見書陳明，略以：

(1) 自費施打針劑部分：

- ① 該署 103 年 11 月 3 日派員至申請人診所實地審查，發現有大量針劑空瓶，經訪問保險對象，爾等陳述以健保身分就醫，自費施打針劑，惟該署訪查人員 103 年 11 月 3 日及 11 月 24 日 2 次至該診所抽調保險對象全卷實體病歷，未見病歷記載注射針劑，復於 103 年 12 月 3 日請申請人提供針劑病歷資料，申請人拒絕於簽約前提供，致該署無從釐清申請人診所有否本

保險給付項目，卻囑保險對象自費醫療，及自立名目收費之情事。

②保險對象以健保身分就醫，且 ketoprofen 及 gentamycin 針劑皆為本保險藥物給付項目及支付標準收載項目，惟申請人診所卻囑保險對象自費醫療，違反特約及管理辦法第 13 條之規定，甚為明確。

(2) 實地訪查發現申請人診所有違反本保險規定之重大違規情事：

申請人診所機構地址前設立之○○診所，經查有未診治保險對象，自創就醫紀錄等違反本保險規定之重大違規情事，經核定不予特約。申請人診所除變更負責醫事人員外，其餘從業人員及設備均沿用自該診所。該署派員實地訪查保險對象，經劉姓保險對象指認照片影本，稱由邱○○（未具醫師資格，且其相對於申請人負責醫師有明顯禿頭特徵）看診；黃呂姓保險對象稱在該診就醫 2 次，相隔 1 星期，都是打針，訪問紀錄經其與家屬黃○○逐一確認訂正後始簽名，惟診所病歷記載就醫 3 次；陳侯姓保險對象表示之前在該診所就醫，都是持處方箋到藥局領藥，但 103 年 11 月 24 日就醫，是直接在診所領藥（診所未聘請藥事人員）；此節核屬特約及管理辦法第 39 條第 1 項第 5 款、3 款所訂容留未具醫師資格之人員，為保險對象執行醫療業務、未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，以及同辦法第 37 條第 1 項第 6 款容留非具醫事人員資格，執行醫師以外醫事人員之業務之情事。

(3) 申請人所陳 103 年 7 月與健保特約乙節，應指其負責醫師開業之○○診所 103 年 7 月 15 日至 103 年 10 月 16 日期間與該署特約，惟該診所位於○○，屬該署○區業務組轄區，且○○診所特約案，與本件特約申請案無涉，對申請人診所申請特約審查作業不生影響。

2. 有關調查事件之事實往往極為複雜，如由行政機關獨自承擔闡明事實之責任，實力有未逮，況且行政法關係之形成、經過與事實狀況，事件相關人往往比行政機關更為知悉或掌握正確之資料，因此在合理範圍內，依法律授權課予當事人協力之義務，使其分擔闡明事實之責任，此有謂「當事人參與責任」，應屬法治國家所許。又按「行政機關基於調查事實及證據之必要，得要求當事人或第三人提供必要之文書、資料或物品。」為行政程序法第 40 條所明定，爰此，健保署於審查特約申請案時，因基於調查事實之必要，要求申請特約之醫療院所提供的必要之文件，自屬有據。

3. 本件健保署為審查申請人是否涉有本保險給付項目囑保險對象自費醫療等情事，要求申請人提供自費針劑紀錄資料查核，申請人即負有提供資料之協力義務，惟申請人卻拒絕提供，有卷附申請人負責醫師 103 年 12 月 3 日陳

述「至於自費針劑紀錄以後再說，而且自費病歷記載的部分應是衛生單位的事，跟健保沒有直接關係，適當時機（即簽約後）本人一定提供」等語之特約申請案陳述意見紀錄影本可稽，致健保署無從審查核准其診所特約之申請。

(三) 綜上，健保署不同意申請人特約，並無不合，原核定應予維持。又申請人其餘主張業經健保署前開意見書及補充意見書陳明在卷，且對本案審定結果不生影響，爰不逐一論述，併予敘明。

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項暨第25條規定，審定如主文。

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、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第3條

「符合附表所定，領有開業執照之醫事機構，於向保險人申請特約為保險醫事服務機構時，應檢具該附表所定相關文件。保險人應於受理前項申請後三十日內完成審查，必要時得延長三十日，並應通知申請人。聯合診所以外之基層醫療單位，其負責醫師具有醫師、中醫師或牙醫師多重醫事人員資格者，僅得依其執業執照登記之類別，申請特約。」

二、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第5條第3項

「醫事機構之部分服務項目或科別，經保險人實地訪查認有違反本保險規定之情事，或有具體事實認有違反本保險規定之虞者，於該情事或具體事實未消失前，得僅就該部分之服務項目或科別，不予特約。」

三、行政程序法第40條

「行政機關基於調查事實及證據之必要，得要求當事人或第三人提供必要之文書、資料或物品。」

案情摘要

特約院所開立釋出多項藥品之處方箋，卻未依實際釋出情形上傳保險對象就醫紀錄之情事，核屬全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 35 條第 1 款所定「未依規定登錄保險對象之保險憑證及上傳保險對象之就醫資料者」應通知限期改善之範疇，健保署逕以同辦法第 37 條第 1 項第 1 款規定「未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務」相繩，核有未洽。

請求事項	撤銷原核定。
審 定	
主 文	一、原核定關於未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務扣減 10 倍醫療費用部分撤銷，由原核定機關另為適法之核定。 二、其餘申請審議駁回。
事 實	
<p>一、本件健保署訪查期間：103 年 11 月 5 日至 104 年 3 月 20 日</p> <p>二、案外人：○○藥局(與申請人診所同地址)</p> <p>三、健保署認定之違規事實：</p> <p>(一) 未經醫師診斷逕行提供醫事服務</p> <p>黃姓甲保險對象於初診後，即委由他人代為領藥，申請人卻向健保署申報該保險對象 103 年 7 月 28 日、8 月 27 日及 10 月 6 日 3 筆醫療費用 900 點。</p> <p>(二) 未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務</p> <p>1. 受訪保險對象有游姓、鄭姓、邱姓、廖陳姓、梁姓、浦姓、陳姓甲及黃姓乙等 8 位(原核定誤列黃姓甲)。</p> <p>2. 上開保險對象及家屬(謝姓、陳姓乙、丙)在申請人診所就醫，(在○○藥局)領取多項藥品品項，惟申請人只以其中 1 項(應為 1 至 5 項)藥品品項向健保署申報該等保險對象 101 年 9 月 19 日至 103 年 10 月 30 日期間 242 筆醫療費用(診察費)，計 7 萬 1,940 點。</p> <p>四、104 年 5 月 21 日健保○字第 0000000000 號函(初核)裁處內容</p> <p>追扣醫療費用新臺幣(下同)6 萬 8,840 元(7 萬 2,840 點)及扣減醫療費用之 10 倍金額 68 萬 8,400 元，共計 75 萬 7,240 元，並逕自申請人診所應領之醫療費用中扣除。</p> <p>五、104 年 7 月 13 日健保○字第 0000000000 號函(複核)</p> <p>申請人就未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務部分申請複核，經重行審核，因違規事證明確，仍維持原核定。</p> <p>六、申請理由要旨</p>	

- (一) 案關保險對象至其診所就醫，其診所均係審酌病人病情，依據醫療專業判斷開立處方，並於病歷、處方箋及給病人的收據，詳實記載所有處方藥品品項，是其診所提供的之醫事服務與處方箋、病歷及收據等記錄核無不合，並無健保署所稱涉有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 37 條第 1 項第 1 款「未依處方箋、病歷或其他記錄之記載提供醫事服務」；實因部分處方係其診所依病情需要所開立之贈藥，故其診所申報醫療費用時，並未就該等贈藥申報醫療費用，亦未向保險對象收取任何費用，而有保險對象領取多項藥品，其診所卻僅申報 1 項藥品費用之情形。
- (二) 復經函詢健保署前開行為是否涉嫌違法(違約)，健保署 104 年 3 月 31 日健保○字第 0000000000 號書函說明二、三覆以：「倘醫事機構未能核實申報其對保險對象所提供之醫療服務及藥物項目等內容，本署監督管理即生有漏洞，國民健康將無由保障，故醫事服務機構核實申報其所提供之醫療服務，為其基本義務，亦有必要。」、「另依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 35 條第 1 款規定，保險醫事服務機構如有未核實上傳保險對象就醫資料之情事，本署應通知其限期改善。」，顯示其診所前述未就全部提供之健保給付藥品項目申報費用之行為，應該當於全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 35 條第 1 款「未核實上傳保險對象就醫資料」之情形，依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法應由健保署通知限期改善，始為適法，健保署核定扣減及追扣醫療費用等處分，應予撤銷。

七、健保署意見要旨

- (一) 本件經該署訪查後，發現申請人就游姓等保險對象就醫申報情形，確認申請人診所及案外人○○藥局有開立多項藥品調劑交付給病患後，卻只向該署申報 1 項藥品之情事，計 242 筆，合計申報 7 萬 1,940 點。
- (二) 申請人診所負責醫師於 104 年 3 月 10 日訪問紀錄上明確表示，其診所確實有給予保險對象多項藥品但卻只向該署申報 1 項藥品之情事，並稱係因為「申報上的考量」，且稱是與其所屬公司討論後決定的。顯見本案申請人之違規行為是發生在申報時，將原本的多項藥品處方箋改成為只有 1 項藥品，致使該署在執行後續專業審查時，誤信申請人檢附只有 1 項藥品的病歷為真，進而造成審查醫師無法從只有 1 項藥品的「假病歷」上，真實地審核用藥安全與用藥合理性，申請人自是因此而達到不被抽審核減費用之目的。
- (三) 申請人雖以 104 年 3 月 19 日由林○○函詢該署(總署)之函文及該署(總署)104 年 3 月 31 日回復函內容，主張本案只能要求申請人限期改善；惟查林○○為「○○公司」之員工，該公司即為本案申請人診所及案外人○○藥

局的實質雇主，又查林○○ 3 月 19 日詢問函完全未提及本案申請人係長年、高達 2 萬 7 千多筆的處方箋都被竄改後，再向該署（○區業務組）申報之情形，且長期向該署（○區業務組）提供竄改後的病歷及醫令清單供審查之用，致該署（○區業務組）長期誤信申請人申報之醫令清單及送審的病歷為真，而以該竄改後之病歷版本執行審查醫師之專業審查，此部分申請人明顯已有使公務機關登載不實之責。而林○○ 3 月 19 日詢問函，僅輕淡地以 3 行字詢問某一狀況，並未明確告知本案有上述之嚴重程度，該署（總署）本於認為林○○的詢問，只是一般民眾問及輕微不符規定之情況下，而以 3 月 31 日之函文內容答復之，自不能作為本案嚴重情節之有利主張。

- (四) 本案申請人先是長年以向該署申報竄改後的醫令清單、並以竄改病歷偽冒真實病歷以達不被專業審查核刪費用之目的；被查獲時再以年輕公費醫師在偏遠山區服務為由，請該署多予考量，今該署尚未追究其以竄改後假病歷使公部門誤信為真實病歷的責任；未料申請人又於接獲處分函之前，卻先由同一公司的林○○以私人名義，只用簡短 3 行字的簡述方式，發函取得該署（總署）回復函，就意欲以此取代本案之處理結果，凡此種種過程，均呈現出申請人後面那家在全國開設數十家診所的「○○公司」心思之缜密。
- (五) 本案若逕依申請人主張，在查獲後只能要求其改善，將形成其旗下所有診所都可合理製作 2 套病歷來矇騙該署，只待被發現後再改善即可，全國將有多少院所為了達到不被抽審核刪費用之目的，群起仿效，如此全民的用藥安全將無法由該署的專業審查制度予以把關，國民健康無由保障。

理由

一、法令依據

- (一) 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下簡稱特約及管理辦法）第 35 條第 1 款及第 37 條第 1 項第 1 款。
- (二) 全民健康保險特約醫事服務機構合約（特約醫院、診所、助產機構、精神復健機構、居家護理機構、居家呼吸照護所適用）第 17 條第 1 項第 5 款、第 19 第 1 項及第 20 條第 1 項。

二、卷證

業務訪查訪問紀錄、全民健康保險門診交付處方箋、病歷表、保險對象門診就醫紀錄明細表等影本及健保署意見書。

三、審定理由

- (一) 依卷附前開相關資料顯示，本件係健保署抽樣審查時，發現申請人檢附之病歷及醫令清單中，開立的處方藥品品項數，有許多筆數只有 1 項藥品，經進

一步檔案分析發現，案外人○○藥局申報 102 年 1 月至 103 年 9 月份調劑由申請人診所釋出之 3 萬 4,584 張處方箋中，高達 2 萬 7,210 張處方箋，只申報 1 種藥品品項，乃派員訪查申請人診所負責醫師陳○○、案外人○○藥局負責藥師侯○○及游姓等保險對象，確認申請人診所開立 2 至 10 項藥品之處方箋，釋出由保險對象交案外人○○藥局調劑，領取多種藥品，而申請人卻申報釋出其中部分藥品（絕大多數為 1 種藥品），有經申請人診所負責醫師陳○○、○○藥局負責藥師侯○○及游姓等保險對象簽名確認之業務訪查訪問紀錄等影本附卷可稽。

(二) 本件健保署就申請人開立多項藥品處方箋，卻僅申報其中部分藥品，依特約及管理辦法第 37 條第 1 項第 1 款規定，處以扣減 10 倍醫療費用金額，申請人固不爭執其診所少報藥品品項之事實，惟一再主張 1. 其診所係經審酌病人病情，依醫療專業判斷開立處方，並於病歷、處方箋及給病人的收據，詳實記載所有處方藥品品項；實因部分處方係其診所依病情需要所開立之贈藥，其診所申報醫療費用時，並未就該等贈藥申報醫療費用；2. 復經詢健保署函復內容，顯示其診所前述未就全部提供之健保給付藥品項目申報費用之行為，應該當於特約及管理辦法第 35 條第 1 款「未核實上傳保險對象就醫資料」之情形，依法應由健保署通知限期改善等語，茲就卷證資料查核分述如下：

1. 有關原核定認為申請人有未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務，扣減 10 倍醫療費用部分，核有未洽

健保署認為申請人診所開立多項(2 至 10 項)藥品之處方箋，釋出由保險對象交案外人○○藥局調劑，領取多種藥品，卻向該署申報釋出該等保險對象 1 至 5 項藥品，核屬未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務之情形，惟本件經審查卷附業務訪查訪問紀錄、全民健康保險門診交付處方箋、病歷表等影本，發現處方箋及病歷記載為多種(2 至 10 項)藥品，與系爭保險對象受訪時表示就醫後，在案外人○○藥局領取多種藥品之陳述內容相符，顯示申請人確有開立釋出多項藥品之處方箋，卻未依實際釋出情形上傳保險對象就醫紀錄之情事，核屬特約及管理辦法第 35 條第 1 款所定「未依規定登錄保險對象之保險憑證及上傳保險對象之就醫資料者」應通知限期改善之範疇，原核定逕以同辦法第 37 條第 1 項第 1 款規定「未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務」相繩，核有未洽。

2. 原核定關於追扣醫療費用部分，核無不合

(1) 依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 18 條第 1 項第

4 款及第 2 項規定「保險人應就保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，依下列項目進行程序審查：四、申報資料填載之完整性及正確性。」、「保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，經前項審查發現有違反本法相關規定者，應不予支付該項費用，並註明不予支付內容及理由。」，又依全民健康保險憑證製發及存取資料管理辦法第 9 條前段及第 10 條第 1 項前段規定：「保險醫事服務機構應於提供保險對象診療服務後或補驗健保卡時，將當次之就醫紀錄登錄於該保險對象健保卡內。」、「保險醫事服務機構將保險對象之就醫紀錄登錄於健保卡後，應於二十四小時內，經由健保資訊網線路上傳予保險人備查。」，所稱保險醫事服務機構應登錄上傳之就醫紀錄內容，依同辦法第 10 條第 2 項之附表二所列，係含門診處方箋等資料，是特約保險醫事服務機構均有核實登錄及上傳保險對象就醫紀錄之作為義務，合先敘明。

(2) 承前所述，申請人釋出多項藥品處方箋予保險對象，卻未依實際釋出情形上傳保險對象就醫紀錄，核屬特約及管理辦法第 35 條第 1 款所定「未依規定登錄保險對象之保險憑證及上傳保險對象之就醫資料者」，應通知限期改善之範疇，申請人申請審議理由亦認為其診所前述未就全部提供之健保給付藥品項目申報費用之行為，應該當於特約及管理辦法第 35 條第 1 款「未核實上傳保險對象就醫資料」之情形，依法應由健保署通知限期改善，則申請人既違反核實登錄及上傳保險對象就醫紀錄之作為義務，健保署認有該雙方所訂全民健康保險特約醫事服務機構合約第 17 條第 1 項第 5 款約定之「其他應可歸責於特約醫事服務機構之事由」，而核定追扣申請人申報之系爭醫療費用 7 萬 1,940 點，自屬有據。

3. 申請人主張贈藥一節，核難執為本案之論據

申請人診所負責醫師陳○○於 104 年 3 月 10 日接受健保署訪問時已明確表示：「我實際都是給多種藥品，但申報只報一種藥品，因為申報上的考量才會調整只報一種醫令，而沒有依實際執行的全數醫令項目來申報，這是我跟我們公司討論後決定的。我實際有開立的藥品品項都有給病患，但是申報只申報一種藥品品項。」「針對簡表給多報少，只是行政上的考量。」等語，惟申請人於申請審議時始變異其詞改稱「贈藥」，自難執為本案之論據。

(三) 綜上，原核定關於未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務，扣減 10 倍醫療費用部分撤銷，由原核定機關另為適法之核定；其餘追扣醫療費用 7 萬 1,940 點，並無不合，原核定關於此部分應予維持。

據上論結，本件申請為部分有理由，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 19 條第 1 項、第 2 項暨第 25 條規定，審定如本文。

本件申請人如有不服，得提起給付訴訟，訴訟標的金額新臺幣 40 萬元以下者向臺灣臺北地方法院行政訴訟庭提起（地址：新北市新店區中興路 1 段 248 號）；逾新臺幣 40 萬元者向臺北高等行政法院提起（地址：臺北市士林區文林路 725 號）

相關法令：

一、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 35 條第 1 款

「保險醫事服務機構有下列情事之一，保險人應通知其限期改善：一、未依規定登錄保險對象之保險憑證及上傳保險對象之就醫資料者。」

二、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 37 條第 1 項第 1 款

「保險醫事服務機構有下列情事之一者，以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算，扣減其申報之相關醫療費用之十倍金額：一、未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務。」

三、全民健康保險特約醫事服務機構合約第 17 條第 1 項第 5 款

「乙方申請之醫療費用，有下列各款情形之一者，由乙方負責，經甲方查核發現已核付者，應予追扣：五、其他應可歸責於乙方之事由者。」

四、全民健康保險特約醫事服務機構合約第 19 條第 1 項

「乙方有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十五條所列情事之一者，甲方應通知限期改善。」

五、全民健康保險特約醫事服務機構合約第 20 條第 1 項

「乙方有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條至第四十條所列情事之一者，甲方應分別予以扣減醫療費用、停止特約或終止特約。」

案情摘要

保險對象利用有疾病之保險對象做檢驗、檢查住院，健保署認定特約醫院未依規定確實核對保險對象就醫文件情事，處予違約記點 1 點及不給付醫療費用，惟保險對象所持健保卡既無相片，無從單以健保卡查驗身分，申請人醫院之相關人員是否確依規定查驗國民身分證或其他足以證明身分之文件？且有無期待申請人醫院人員於核對受檢人員身分時能確實察覺冒名受檢查(驗)之可能性？均待究明。

請求事項	撤銷原核定。
審 定	
主 文	原核定撤銷，由原核定機關查明後另為適法之核定。
事 實	
一、原核定內容要旨	
(一) 健保署 103 年 6 月 26 日健保○字第 0000000000 號函（初核） 健保署於 103 年 2 月 25 日至 5 月 28 日期間派員訪查申請人及保險對象，發現陳姓保險對象（陳○○）於 101 年 8 月至 103 年 1 月就醫期間，本身無病，利用有疾病之保險對象（黃○○）做檢驗、檢查住院情事，申請人申報陳姓保險對象門診、住院醫療費用合計 6 萬 5,784 點，顯有未依規定確實核對保險對象就醫文件情事，處予違約記點 1 點及不給付 6 萬 5,784 點醫療費用。	
(二) 健保署 103 年 8 月 8 日健保○字第 0000000000 號函（複核） 申請人向健保署申請複核，經該署核復申請人，略以黃○○103 年 2 月 25 日接受該署訪問時，坦承持陳○○無相片之健保卡及檢驗、檢查單代替陳○○去申請人醫院抽血、照 X 光共計有 2 次，申請人未依規定核對身分，以致陳○○本身未罹僵直性脊椎炎，冒用黃○○驗血、X 光報告才能以僵直性脊椎炎病名從 101 年 10 月至 103 年 1 月止期間住院共 26 次，申請人並未確實核對保險對象就醫身分證明文件事證明確，申複理由不足採，仍維持違約記點 1 點之原核定等語。	
二、申請理由要旨	
(一) 其醫院皆有依全民健康保險醫療辦法第 3 條第 1 項規定辦理，於住院病人辦理住院手續時，需確核病人健保卡、身分證或戶口名簿（戶籍謄本），執行各項醫療及護理活動時，病人意識清楚則由病人主動說出姓名及 1 項以上之個人資料以為核對，另執行給藥、檢查驗時會以條碼掃描機掃描病人手圈以確保病人資料無誤；施行門診檢查驗會以一問二聽三確認方式核對病人身分，以主動確認方式請病人告知姓名或病歷號，聽完後確認申請單	

是否符合，最後再核對健保卡，若照片模糊或無照片，則請病人出示身分證或駕照等以茲證明，若無其他證明文件則以詢問病人相關資料，回答與其醫院登載確核無誤，方能執行檢查。

- (二) 惟健保署與其醫院宣導不周，部分病人有攜帶健保卡，但未帶其他有照片之證明文件以為證明時，實無法以資格不符拒絕其就醫，況戶口名簿、戶籍謄本亦為證明文件，但並無照片可供醫院查核，且法規並未言明照片等證明文件需多久更新，出示多年凍齡照片，實無法以文件不符，拒絕病人就醫，造成院方執行力有未逮。
- (三) 醫療防誤為其醫院之責，但若為少數不肖惡意詐欺病人，而進行層層嚴格把關，不僅增加所有病人等候時間，且須另設關卡等候病人備齊資料，造成其交通時間成本增加，抑或更改檢查驗排程時間等，健保署與其醫院皆會招致民怨。
- (四) 本案為病人陳○○冒用黃○○身分就醫，向保險公司詐領醫療費用案件，經其醫院之黃○○醫師協助警政署，得以破案，就其醫院立場而言，並未知情不報，其醫院亦屬受害者，在協助辦案過程中，健保署均全程掌握，了解其醫院非共犯。
- (五) 其醫院於健保署查案時已檢附相關病歷，依全民健康保險特約醫事服務機構合約第17條第1項第3款（誤植為第16條第3款）規定，受理保險憑證時，若屬保險對象蓄意欺瞞致醫事機構無法發現者，不追扣醫療費用，健保署以其醫院未確實核對保險對象就醫文件而予以違約記點及核扣費用，實有不公平之處。
- (六) 發生類此事件，經其醫院檢討已重申並於相關單位告示請患者出示有照片之證明文件，希望能杜絕後患。

理 由

一、法令依據

- (一) 行為時全民健康保險醫療辦法第3條第1項及第10條前段（於101年11月6日修正為第3條第1項及第7條前段，自102年1月1日施行）。
- (二) 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下簡稱特約及管理辦法）第36條第3款。

二、卷證

業務訪查訪問紀錄、保險對象門診就醫紀錄明細表、保險對象住診就醫紀錄明細表、保險對象IC卡回傳就醫紀錄明細表、○○市政府警察局○○分局刑事案件移送書等影本及健保署意見書。

三、審定理由

- (一) 依卷附前開相關資料顯示，本件係健保署接獲刑事警察局警官反映，未罹患僵直性脊椎炎之保險對象陳○○，利用保險對象黃○○身分至申請人醫院做檢查，以僵直性脊椎炎住院，涉嫌詐領商業保險及健保費，而於 103 年 2 月 25 日至 5 月 28 日期間派員訪查申請人及保險對象，發現陳○○於 95 年經診斷有乾癬，因乾癬不能打生物製劑，僵直性脊椎炎才可以用生物製劑治療，陳○○101 年 8 月 21 日至申請人醫院就醫時告訴醫師要治療僵直性脊椎炎，並利用有罹患僵直性脊椎炎之黃○○至申請人醫院做檢驗、檢查，達到使用生物製劑治療僵直性脊椎炎的評估，冒用黃○○之驗血、X 光報告，以脊椎附著組織病變（僵直性脊椎炎）病名，於申請人醫院住院治療乾癬、牛皮癬共 26 次，申請人於 101 年 8 月至 103 年 1 月期間共申報陳○○101 年 8 月 21 日、103 年 1 月 15 日門診及 26 次住院醫療費用合計 6 萬 5,784 點，乃認定申請人有未確實核對保險對象就醫文件之違規情事。
- (二) 本件申請人一再主張其醫院均依規定辦理就醫病人身分核對，部分病人有攜帶健保卡，但未帶其他有照片之證明文件以為證明時，實無法以資格不符拒絕其就醫，本案為陳○○冒用黃○○身分就醫，向保險公司詐領醫療費用案件，屬保險對象蓄意欺瞞致其醫院無法發現，健保署予以違約記點及核扣費用，實有不公平云云，茲查核如下：
1. 健保署意見書固陳明，略以：
 - (1) 查黃○○及陳○○於 103 年 2 月 25 日接受該署訪問時均坦承，黃○○有持陳○○無相片之健保卡及檢驗、檢查單代替陳○○去申請人醫院抽血、照 X 光共計有 2 次。申請人未依全民健康保險醫療辦法第 7 條規定確實核對就醫文件及身分，以致陳○○本身未罹患僵直性脊椎炎，有機會利用有罹患僵直性脊椎炎之保險對象黃○○至申請人醫院做檢驗、檢查，達到矇混用生物製劑治療僵直性脊椎炎的評估，二度冒用黃○○驗血、X 光報告，以僵直性脊椎炎病名，於申請人醫院住院治療乾癬、牛皮癬共計 26 次，申請人於 101 年 8 月至 103 年 1 月期間共申報保險對象陳○○28 筆門診、住院醫療費用合計 6 萬 5,784 點。
 - (2) 另查申請人前經該署訪查發現有無健保身分大陸籍人士劉女冒用其姊劉○○健保卡就醫情事，該署於 102 年 9 月 12 日以健保○字第 0000000000 號函，通知申請人核扣劉○○自 101 年 7 月 9 日至 8 月 3 日 5 筆遭冒用之醫療費用，並請申請人嗣後應依全民健康保險醫療辦法規定，確實核

對保險對象就醫文件之身分在案，惟申請人前經該署函文通知應改善而未改善，黃○○二度持陳○○無相片之健保卡及檢驗、檢查單代替陳○○去申請人醫院抽血、照X光，申請人均未落實核對其身分及就醫文件，以致於陳○○有機會冒用黃○○驗血、X光報告，以僵直性脊椎炎病名於申請人醫院住院治療乾癬、牛皮癬達26次之多。

2. 惟查本件仍有下列疑點待釐清：

(1) 健保署複核核定之範圍是否及於不給付醫療費用，核有未明

查本件申請人不服健保署103年6月26日健保○字第0000000000號函（初核）所為處予違約記點1點及不給付醫療費用之核定，向健保署提出之申復函主旨欄雖記載「有關本院依健保之保險醫療辦法規定確實核對保險對象就醫文件而遭違約記點案，復如說明」等語，惟審諸該函說明八已一併指陳「貴署以本院未確實核對保險對象就醫文件而予以違約記點及核扣費用，實有不公平之處」等語，足見申請人就保險人核處違約記點及不給付醫療費用2部分均表示不服，而一併申復，詎健保署僅就違約記點部分，以系爭103年8月8日健保○字第0000000000號函（複核）核復申請人：「本署爰依健保相關規定予以貴院違約記點一點之核定，並無違誤，貴院申複理由不足採，仍維持原核定。」等語，則該複核核定究有無就不給付申請人系爭醫療費用部分一併審酌？抑或僅審酌有關違約記點部分之初核？實情如何？自應由保險人本於權責再予究明。

(2) 申請人是否確實未依規定核對保險對象就醫文件，亦有未明

①保險對象陳○○於103年2月25日接受健保署訪問時證稱：「我於門診時和醫師說要治療僵直性脊椎炎，醫師先開檢驗、檢查單叫我去做檢查。」、「101年8月份本人去○○門診就醫，開僵直性脊椎炎的抽血和X光檢查單，但是由黃○○幫我拿我的檢驗單和X光檢查單，持我的健保卡代替我去做上述的檢查。」、「我在○○門診及住院期間，第1次抽血及照X光是101年8月及最後1次103年1月是由黃○○幫我去做檢查，黃○○總共代替我2次做檢驗和檢查，其他在○○抽血和照X光都是本人親自做檢查。」、「因為我的檢驗及檢查報告於101年10月27日住院以前還沒達到用生物製劑治療乾癬的評估，所以才用黃○○的檢體和X光報告，達到用生物製劑治療僵直性脊椎炎的評估，我才能以僵直性脊椎炎的病名住院治療我的乾癬。」、「我承認有詐領健保醫療費用，以僵直性脊椎炎的病名及以黃○○的檢體和X光報告住院，其醫療費從

101/10 至 103/1 共 26 次的醫療費用。門診的部分都是由本人親自看診，和黃○○無關。」等語。

②保險對象黃○○於 103 年 2 月 25 日接受健保署訪問時證稱：「(問：○○醫院是否有相關醫事人員知道您持陳○○健保卡去抽血及照 X 光的事嗎？)○○醫院的醫事人員都不知情，含抽血的檢驗師和 X 光的放射師、黃○○醫師和張○○等，我都認為他們都不知情。」、「本人持陳○○健保卡去○○醫院抽血及照 X 光，相關人員有核對身分，因陳○○健保卡沒有照片，所以本人才可以代替陳○○做上述檢驗檢查。」等語。

③承上所述，陳○○於系爭 101 年 8 月至 103 年 1 月期間在申請人醫院之門診及住院，僅 2 次係由黃○○代替陳○○接受抽血及照 X 光檢查(驗)，其餘門診及住院均係由陳○○本人持其本人之健保卡於申請人醫院就醫，為不爭之事實；而該 2 次由黃○○代為接受抽血及照 X 光檢查(驗)部分，依前開陳○○及黃○○接受健保署訪問之證稱顯示，係由陳○○親自就醫取得醫師開立檢查(驗)單後，始將無其本人相片之健保卡、檢查(驗)單交由黃○○持以接受檢查(驗)，申請人醫院之相關人員並進行身分核對作業。惟查黃○○所持健保卡既無相片，無從單以健保卡查驗身分，申請人醫院之相關人員是否確依行為時全民健康保險醫療辦法第 3 條第 1 項及第 10 條前段規定，查驗國民身分證或其他足以證明身分之文件？此攸關申請人違規行為是否成立之認定，健保署原核定及意見書就此均未論明，其實情為何？又陳○○於接受健保署訪問時已自承因其檢驗及檢查報告於 101 年 10 月 27 日住院以前未達到使用生物製劑治療乾癬之評估，乃利用黃○○的檢體和 X 光報告，達到使用生物製劑治療乾癬之目的，有詐領健保醫療費用等語，已如前述，在此情況下，有無期待申請人醫院人員於核對受檢人員身分時能確實察覺冒名受檢查(驗)之可能性？均待究明。

(三) 綜上，爰將原核定撤銷，由原核定機關查明後另為適法之核定。

據上論結，本件申請為有理由，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 2 項暨第 25 條規定，審定如主文。

相關法令：

一、行為時全民健康保險醫療辦法第 3 條第 1 項

「保險對象至特約醫院、診所或助產機構就醫或分娩，應繳驗下列文件：

一、保險憑證。二、國民身分證或其他足以證明身分之文件。但保險憑

證已足以辨識身分時，得免繳驗。」

二、全民健康保險醫療辦法第3條第1項

「保險對象至特約醫院、診所或助產機構就醫或分娩，應繳驗下列文件：

一、全民健康保險憑證（以下稱健保卡）。二、國民身分證或其他足以證明身分之文件。但健保卡已足以辨識身分時，得免繳驗。」

三、行為時全民健康保險醫療辦法第10條前段

「保險醫事服務機構接受保險對象就醫時，應查核本人依第三條第一項應繳驗之文件；如有不符時，應拒絕其以保險對象身分就醫。」

四、全民健康保險醫療辦法第7條前段

「保險醫事服務機構接受保險對象就醫時，應查核其本人依第三條第一項應繳驗之文件；如有不符時，應拒絕其以保險對象身分就醫。」

五、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第36條第3款

「保險醫事服務機構有下列情事之一者，由保險人予以違約記點一點：三、未依全民健康保險醫療辦法規定，核對保險對象就醫文件。但急診等緊急醫療事件於事後補繳驗保險憑證者，不在此限。」

案情摘要

保險醫事服務機構應查核保險對象之保險憑證，如非本人者，除符合全民健康保險醫療辦法第 7 條所定例外之長期服藥之慢性病人得委請他人代為領藥之條件外，應拒絕其以保險對象身分就醫，保險對象因工作關係未親至特約診所就診，委由家屬代為拿藥，特約診所負責醫師未實際診察，即逕行提供醫事服務，健保署依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法 37 第 1 項第 2 款規定扣減 10 倍醫療費用，核無不合。

請求事項	撤銷複核函。
審 定	
主 文	申請審議駁回。
事實	
一、健保署訪查期間：104 年 5 月 20 日至 7 月 14 日。	
二、違規事實：	
(一) 以不正當行為申報醫療費用 (7 萬 702 點)	
1. 彭姓甲、劉姓及游姓甲 3 位保險對象表示，其等因看診次數頻繁，申請人診所負責醫師李○○告知，可使用家屬之健保卡，其等家屬彭姓乙、李姓甲、王姓、游姓乙、黃姓等保險對象皆未就醫。惟申請人診所卻向健保署申報彭姓乙、李姓甲、王姓、游姓乙、黃姓等保險對象 103 年 4 月至 104 年 3 月多筆醫療費用計 6 萬 7,686 點。	
2. 陳姓保險對象表示，因其母看診次數頻繁，依申請人診所負責醫師建議，提供自己之健保卡供申請人診所刷取，其皆未就醫。惟申請人診所卻向健保署申報陳姓保險對象 104 年 1 月至 2 月 9 筆醫療費用計 3,016 點。	
(二) 未經醫師診斷逕行提供醫事服務 (3,170 點)	
1. 郭姓甲保險對象表示，其 104 年 3 月出國工作無法親自就醫，由其父拿其健保卡至申請人診所領藥。惟申請人診所卻申報其 104 年 3 月間未經醫師診斷逕行提供醫事服務之醫療費用計 2,063 點。	
2. 黎姓保險對象表示，其 104 年 2 月 4 日、28 日及 3 月 25 日因在公司上班，將健保卡交給其母，由其母至申請人診所代為轉述病情領藥。惟申請人診所卻申報此 3 筆未經醫師診斷逕行提供醫事服務之醫療費用計 1,107 點。	
三、104 年 8 月 26 日健保○字第 0000000000 號函（初核）裁處內容	
(一) 以不正當行為申報醫療費用部分	
處申請人診所停約 3 個月，期間自 104 年 11 月 1 日至 105 年 1 月 31 日止，負責醫師李○○於停約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。	

(二) 未經醫師診斷逕行提供醫事服務部分

扣減相關醫療費用之 10 倍金額，並追扣申請人診所坦承不當申報醫療費用 7 件，計 2,271 點。

四、104 年 9 月 4 日健保○字第 0000000000 號函（複核）

申請人申請複核，經健保署重行審核，認為違規事證明確，仍維持原核定。另申請人診所申請延後自 105 年 2 月 1 日起至 105 年 4 月 30 日止執行停約 3 個月，該署同意所請。

理由

一、法令依據

- (一) 全民健康保險法第 81 條第 1 項。
- (二) 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下簡稱特約及管理辦法)第 37 條第 1 項第 2 款、第 39 條第 4 款及第 47 條第 1 項。
- (三) 特約及管理辦法第 39 條違約處分裁量基準第 2 點第 3 款。
- (四) 全民健康保險特約醫事服務機構合約第 17 條第 1 項第 5 款及第 20 條第 1 項。

二、卷證

業務訪查訪問紀錄、保險對象門診就醫紀錄明細表、病歷、考勤表、健保署處理涉及違規院所到場陳述意見紀錄等影本、健保署意見書及補充意見書。

三、審定理由

- (一) 依卷附前開相關資料顯示，本件係健保署接獲民眾反映申請人診所疑涉有違反健保之相關規定，於 104 年 5 月 20 日至 7 月 14 日實地訪查，發現申請人診所有 1. 以不正當行為申報醫療費用計 7 萬 702 點、2. 未經醫師診斷逕行提供醫事服務等情事，除經原核定論明者外，並有經申請人診所負責醫師李○○及彭姓甲等保險對象簽名或按捺指紋確認之到場陳述意見紀錄、業務訪查訪問紀錄等影本附卷可稽，是申請人診所有上開違規情事，洵堪認定。
- (二) 本件申請人診所對於前開違規事實並不爭執，僅主張 1. 其診所違規原因為同意病患家屬代取藥，或持家人健保卡就醫，然究明原因乃病患年邁行動不便、小孩抗拒看病，另重殘病患及經濟拮据，患者懇求下無奈同意拿家屬健保卡看病，其診所違規情節輕微，情堪憫恕，且非故意為營利而為之，健保署扣減醫療費用 10 倍金額、停業 3 個月乃情節重大之處分，將造成其診所經營困難，請審酌其診所違規情節，降低原處分；2. 其診所位於○○市○○偏遠地區，因地方人口逐漸增加，醫療資源缺乏，若停業 3 個月，將造成病患就醫困難，浪費更多健保資源云云，惟所稱核難執為本案免責之論據，分述如下：

1. 健保署意見書及補充意見書陳明：

- (1)申請人診所之違規行為有違反特約及管理辦法，以及與該署簽訂之全民健康保險特約醫事服務機構合約規定，據此，該署依特約及管理辦法第37條第1項第2款、第39條第4款、特約及管理辦法第39條違約處分裁量基準第2點第3款等相關規定，處予停約3個月暨扣減其醫療費用10倍金額，自屬於法有據，且仍在上開辦法及裁量基準所定範圍內，爰無裁量過當。
- (2)申請人診所位於○○市○○區○○路○段○號○、○樓，其同一條路上之西醫診所尚有15家，停約並不會造成病患就醫困難。

2. 本件除經健保署前開意見論明外，經本部審查卷附資料，認為：

- (1)未經醫師診斷逕行提供醫事服務部分：

①依全民健康保險醫療辦法第7條規定：「保險醫事服務機構接受保險對象就醫時，應查核其本人依第三條第一項應繳驗之文件；如有不符時，應拒絕其以保險對象身分就醫。但須長期服藥之慢性病人，有下列特殊情況之一而無法親自就醫者，以繼續領取相同方劑為限，得委請他人向醫師陳述病情，醫師依其專業知識之判斷，確信可以掌握病情，再開給相同方劑：一、行動不便，經醫師認定或經受託人提供切結文件。二、已出海，為遠洋漁業作業或在國際航線航行之船舶上服務，經受託人提供切結文件。三、其他經保險人認定之特殊情形。」，是以，保險醫事服務機構應查核保險對象之保險憑證，如非本人者，除符合前開規定但書所訂例外長期服藥之慢性病人得委請他人代為領藥之條件外，應拒絕其以保險對象身分就醫，先予敘明。

②查依訪查紀錄顯示，郭姓及黎姓保險對象分別為民國66年及73年出生，年約30歲左右，因工作關係未親至申請人診所就診，委由家屬代為拿藥，姑不論其等並非申請人所稱年邁或小孩，況該等2人亦未符合前開全民健康保險醫療辦法第7條「行動不便」之適用對象，則申請人診所負責醫師未實際診察郭姓及黎姓保險對象，即逕行提供醫事服務，健保署依特約及管理辦法37第1項第2款規定扣減10倍醫療費用，核無不合。

- (2)以不正當行為申報醫療費用部分：

查申請人診所與健保署雙方簽訂之全民健康保險特約醫事服務機構合約，已明文約定簽約之醫事服務機構，應依特約及管理辦法及其他相關法令辦理全民健康保險業務，彭姓乙、李姓甲、王姓、游姓乙及黃姓等5位保險對象並未至申請人診所就診，惟申請人卻違反誠實申報之義務，虛偽申報該等保險對象103年4月至104年3月多筆醫療費用計7萬702點，已如前述，健保署衡酌

申請人之違規金額，依特約及管理辦法第39條違約處分裁量基準第2點第3款規定，處以申請人停止特約3個月，核與比例原則及健保署發布訂定之裁量基準規定之精神相符。

(三) 綜上，健保署處申請人診所追扣及扣減10倍醫療費用，及停止特約3個月，申請人診所負責醫師李○○於停止特約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，並無不合，原核定應予維持。

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項暨第25條規定，審定如主文。

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81條第1項

「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付、申請核退或申報醫療費用者，處以其領取之保險給付、申請核退或申報之醫療費用二倍至二十倍之罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因該事由已領取之醫療費用，得在其申報之應領醫療費用內扣除。」

二、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第37條第1項第2款

「保險醫事服務機構有下列情事之一者，以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算，扣減其申報之相關醫療費用之十倍金額：二、未經醫師診斷逕行提供醫事服務。」

三、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第39條第4款

「保險醫事服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人予以停約一個月至三個月。但於特約醫院，得按其情節就違反規定之診療科別、服務項目或其全部或一部之門診、住院業務，予以停約一個月至三個月：四、其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用。」

四、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第47條第1項

「保險醫事服務機構受停約或終止特約，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，於停約期間或終止特約之日起一年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。」

五、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第39條違約處分裁量基準第2點第3款

「保險醫事服務機構經查有本辦法第三十九條情事之一者，依其情節處停約一至三個月：(三) 保險醫事服務機構違約申報醫療費用，點數超過五萬點，且無本辦法第四十三條所定情事之一者，處停約三個月。」

六、全民健康保險特約醫事服務機構合約第 17 條第 1 項第 5 款

「乙方申請之醫療費用，有下列各款情形之一者，由乙方負責，經甲方查核發
現已核付者，應予追扣：五、其他應可歸責於乙方之事由者。」

七、全民健康保險特約醫事服務機構合約第 20 條第 1 項

「乙方有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條至第四十條
所列情事之一者，甲方應分別予以扣減醫療費用、停止特約或終止特約。」

案情摘要

保險對象進行復健療程，特約診所未於各療程之初先由醫師診斷，即進行復健治療及申報相關治療費用，其情節該當全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第37條第1項第2款所定未經醫師診斷逕行提供醫事服務，應扣減申報之相關復健治療費用之10倍金額。

請求事項	撤銷原核定。
審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	
<p>一、健保署訪查期間：103年11月27日至12月16日。</p> <p>二、違規事實：未經醫師診斷逕行提供醫事服務</p> <p>(一)未成年保險對象劉○○、聞○○、聞○○、鄭○○、許○○及宋○○等6位。</p> <p>(二)上開保險對象之母親受訪時分別表示，其子女至申請人醫院復健治療，除初診有給醫師看診，之後復健療程開始便未給醫師看診過(劉○○、聞○○、許○○、宋○○)，或療程中曾再給醫師看診過1次(聞○○、鄭○○)，惟申請人卻申報該等保險對象101年4月至103年11月期間未經醫師診斷逕行提供醫事服務之醫療費用計110萬8,918點。</p> <p>三、104年1月12日健保○字第0000000000號函(初核)</p> <p>以公告健保署○○業務組總額最近一季確認平均點值(103年第2季為0.9315)，追扣醫療費用新臺幣(下同)103萬2,961元及扣減10倍醫療費用1,032萬9,610元，共計1,136萬2,571元。</p> <p>四、104年3月3日健保○字第0000000000號函(複核)</p> <p>健保署重行審核，認為因違規事證明確，仍維持原核定。</p> <p>五、申請理由、到場陳述意見及補充陳述意見要旨</p> <p>(一)健保署不採信其醫院的理由及其醫院的具體說明與佐證資料</p> <ol style="list-style-type: none">1.其醫院申復時提供予健保署的資料，包括醫師診察日誌、門診紀錄單、治療師復健計畫及家屬作證，健保署均武斷認定不足為採，不願進一步查證，爰逐案及逐次門診說明各保險對象於院內的診療情形，如實呈現個案病情變化及門診處方之因應調整紀錄，並擷錄保險對象家屬簽名作證之證詞來說明其醫院確曾有為各保險對象看診之事實。2.健保署以一句「從未進診間」代表所有的理由，健保署處分要有本事逐案辯證與逐案訪視保險對象及家屬，說明清楚其舉證事項及處分金額。3.健保署初核套用「未進診間」用詞，在一般內科門診或許適用，但各大醫院	

小兒復健部門均遇上這類小朋友無法乖乖坐在診間接受診療與問診情形，醫病間互動與臨床均要視小朋友的病情再作調整臨床項目與內容，健保署稽核人員應不是 3T 人員(OT. PT. ST. 註：OT. 為職能治療師、PT. 為物理治療師、ST. 為語言治療師)，或熟悉復健臨床實務，才以「未進診間」作為唯一的認定標準。

4. 健保署以病患是否進入診間作為有無診斷之判斷，並無法律依據，例如醫師去巡房的時候，對病患詢問及提供意見，是否在作診斷、診察，所以診察之判斷不應僵化以病患是否進入診間為判斷。
5. 健保署在訪問家長時，是否有清楚的向家長說明訪問的目的，在詢問的過程中是否有不當的態度或語氣，讓家長覺得害怕，全程有無錄音錄影，證明訪問紀錄是家長真實的意思，就像部分家長提出說明書，反映健保署人員讓家長覺得是否帶小朋友看了太多病，不敢據實以告，且受訪的家長也並非每一次帶病患去就診的家長，若訪問紀錄僅針對每個小朋友其中 1 位家長作訪問的話，也不足以反應事實。
6. 按照常理，小孩到醫院看診、復健，很可能是由法定代理人或親人交互輪替，誰有空就帶小朋友去醫院，例如保險對象聞○○、聞○○的母親是醫療人員，常值夜班，所以在看診時間是沒有辦法帶小孩到場，既然沒有辦法到場，為何可以採取她的說明，這個部分的判斷可能有過於臆測的推論。另外保險對象宋○○部分，以外婆的證詞認為說醫師完全沒有作診斷，可是也不是每次都由他的外婆帶去。
7. 個案說明如下：
 - (1) 保險對象鄭○○
 - ① 罷患注意力不足過動症(ADHD)，自 5 歲起在其醫院門診治療共 14 次，大部分是他媽媽帶來看診與治療。
 - ② 103 年 8 月 7 日在其醫院診間，經過李○○醫師診察與治療師們的評估建議，除原有物理治療及職能治療外，確曾有處方改變的紀錄，例如增加開立語言治療(比較 8 月 7 日與 8 月 1 日的門診紀錄單或申復內容均有紀錄可證明)，當日李醫師在發現孩童在問診過程中，口語表達上有口齒不清的情形，有前置音化及替代情形，語速快且說話口型小。
 - ③ 該保險對象的媽媽也在其簽名作證證詞中提到「門診時有與醫師討論語言加課的動作並非都未看診，…家長強調至少與醫師面談諮詢三次以上」，健保署卻主觀否定保險對象家屬作證證詞之真實性，未客觀再次求證。
 - (2) 保險對象宋○○

①罹患發展遲緩(D. D.)的小朋友，自 3 歲起在其醫院門診治療共 29 次，大部分是他外婆與媽媽帶來看診與治療。

②103 年 4 月由其醫院林○○醫師轉診至李○○醫師診察，李○○醫師在本次轉診時，於診間曾與家長討論病情，並開立復健治療處方，家長敘述小孩對於和其他孩子互動關係不好，不太敢一起玩，希望加強訓練手部功能，當次問診時，李醫師觀察到小孩不喜歡動手操作玩具，對於喜歡的遊戲會很著迷，不太理人，有時會自言自語，經李醫師與治療師討論後所安排的復健治療，之後玩遊戲比較敢玩，說話聲音有比較大聲一點，家長非常肯定醫師處置及治療人員的用心。

③該保險對象的外婆也在其簽名作證證詞中提到「外婆說有時與媽媽給李○○看過好幾次，次數忘記了，並非沒有看過門診」。

(3) 保險對象聞○○

①罹患發展遲緩(D. D.)的小朋友，自 3 歲起在其醫院治療共 11 次，大部分是他爸爸或媽媽帶來看診與治療。

②103 年 9 月 18 日由其醫院林○○醫師轉診至李○○醫師診察，李○○醫師在本次轉診時，於診間曾與家長討論病情，並開立復健治療處方，小朋友在就診中，可以理解並且表達自己的情緒，但說話不清楚，音量偏小，容易出現衝動行為，常常不會看對方的臉或眼睛說話，動作表現有進步，但還是落後同階段年齡的動作表現。

③該保險對象由爸爸或媽媽輪流帶來就診，櫃檯人員也會提醒家長進診間與醫師諮詢，如果家長趕時間先帶孩子去上課，醫師也會在櫃檯旁邊或治療室外與家長溝通瞭解孩子的情況。

(4) 保險對象聞○○

①罹患發展遲緩(D. D.)的小朋友，自 3 歲起在其醫院治療共 10 次，大部分是他爸爸或媽媽帶來看診與治療。

②103 年 10 月 9 日由其醫院林○○醫師轉診至李○○醫師診察，李○○醫師在本次轉診時，於診間曾與家長討論病情，並開立復健治療處方，小朋友在就診中，動作肢體有比較進步，語言表達能力也可以完整說出有意義的句子，但有時還是不能專心聽，容易分心，注意力不集中，動作表現有進步，但還是落後同階段年齡的動作表現。

③該保險對象由爸爸或媽媽輪流帶來就診，櫃檯人員也會提醒家長進診間與醫師諮詢，如果家長趕時間先帶孩子去上課，醫師也會在櫃檯旁邊或治療室外與家長溝通瞭解孩子的情況。

(5)保險對象許○○

①罹患發展遲緩(D. D.)的小朋友，自 3 歲起在其醫院治療共 51 次，大部分是他家長帶來看診與治療。

②101 年 12 月 25 日由其醫院陳○○醫師轉診至李○○醫師診察，李○○醫師在本次轉診時，於診間曾與家長討論病情，並開立復健治療處方，在問診中，家長敘述小孩會自言自語，有時注意力不集中，會自己做自己的事情，動作上發展都與同年齡差不多，但認知能力落後，對社會規範不理解，語言能力、理解力差，會表達但不適切。醫師會由治療室外觀察孩子治療情形，與家長溝通，並敘述於診察日誌。

(6)保險對象劉○○

①罹患發展遲緩(D. D.)的小朋友，自 2 歲起在其醫院治療共 78 次，由家長帶來看診與治療。

②101 年 12 月 28 日由其醫院陳○○醫師轉診至李○○醫師診察，李○○醫師在本次轉診時，於診間曾與家長討論病情，並開立復健治療處方，在就診中觀察到固執行為明顯，情緒控制障礙，動作發展落後同年齡小朋友，常自言自語，自己做自己的事情，融入團體活動有困難，參與感持續力不夠，容易分心，醫師也會由治療室外觀察孩子治療情形與家長溝通，並敘述於診察日誌。

(二)未經醫師診斷逕行提供醫事服務之爭論與健保署之謬誤

1. 李○○醫師回覆健保署之問題，為治療兒童之實況，重點為指出因應保險對象病情需求看診，因此看診並非僅限於診間，醫師也曾至治療室觀察兒童行為，透過監視器螢幕與家長討論復健進度，所反應兒童治療實況並非健保署所認定其醫院醫師承認未親自看診，或從未經醫師看診而給予復健治療。
2. 其醫院曾進行了解，並取得多位家屬簽名作證並留有聯絡電話，家屬所反映其醫院提供診療之實況，並非健保署所指從未進診間看診。
3. 因為監視器資料半年清除 1 次，等到其醫院接到訊息時已經沒有辦法提供當下的監視器畫面資料，沒有洗掉的部分是近期半年的資料，沒辦法追溯，因為被通知核扣費用時，已經來不及留存，僅得提出目前保存之一段兒童治療監視器錄影畫面影像紀錄，證明其醫院醫師確可通過治療室監視器之影像畫面，觀察兒童復健治療過程，以供輔佐醫師診察兒童復健治療並作成診斷。
4. 有關診斷部分，法條並沒有具體的定義，就個案而言，從相關醫師診察紀錄單都有詳細的記載，有內容變更之記載，也隨著時序的變更，在相關治療計畫上有些變動，這些細節記錄在診察日誌，符合診斷過程。是否一定在診間

裡面才算診斷，目前並沒有任何法律規定不在診間就不叫診斷，要在診間才叫診斷。

5. 縱使保險對象單次掛號後之 6 次療程中再行掛號看診，亦屬保險對象之自由，並無任何違法及違反規定之處，且基於完整掌握病情與進行充分治療之目的，接受病患隨時重行掛號看診，而非必待完成 6 次療程後始可掛號看診，況查系爭 6 位保險對象之就診紀錄，並無 6 次療程中重行掛號看診之情形。

(三)核扣醫療費用未依法律依據與認定基準問題

健保署武斷及草率認定系爭個案均從未進診間給醫師看診，處分標的應限縮於診察費，而非涵蓋所有已如實提供之其他治療費部分；審視健保處分案件，情節比本案嚴重許多的停約或終止特約案件，均未有如此嚴重之罰金，且對比各類爭審案例，健保署的處置，明顯違反比例原則及裁處失當，原因如下：

1. 逾越全民健康保險法授權處罰範圍：全民健康保險法第 66 條第 1 項僅概括授權訂定特約及管理辦法，並未為扣減申報醫療費用 10 倍金額之授權，欠缺法律明確性授權之依據。
2. 違反職權調查義務：其醫院申復時所提供之家屬說明、門診紀錄等相關資料，健保署未依職權調查對其醫院有利之事項，且均不予採信所提之佐證資料，違反行政程序法第 9 條及第 36 條之規定。
3. 違反信賴保護原則：其醫院提供醫事服務並合法申報相關醫療費用，未有詐欺、脅迫等行為，或提供不正確資料、為不完全之陳述，亦無明知行政處分違法或因重大過失而不知行政處分違法之情事，無行政程序法第 119 條各款所列信賴不值得保護之情形，健保署於爭議事實不明階段，逕行扣罰且金額龐大，造成其醫院資金調度及營運極大負擔，對人民財產權侵害巨大，與信賴保護原則有違。
4. 違反比例原則：爭審案例之違規事實「(一)葉○○等 14 位保險對象未曾至申請人診所看診(二)李○○自行攜帶葉○○等 6 位保險對象之健保卡至申請人診所刷卡領取藥品」，遠較本案所爭論之「有無進過診間看診」情節嚴重，然健保署一概均以「未經醫師診斷逕行提供醫事服務」處罰，而爭審案例扣減醫療費用遠低於其醫院所遭扣減，有違比例原則。

理由

一、法令依據

(一)全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下簡稱特約及管理辦法）第

37 條第 1 項第 2 款。

- (二)全民健康保險特約醫事服務機構合約第 17 條第 1 項第 5 款及第 20 條第 1 項。
- (三)全民健康保險醫療辦法第 8 條第 3 項第 4 款。
- (四)全民健康保險醫院醫療費用審查注意事項(十四)復健科審查注意事項第 1 點
(102/3/1)。
- (五)醫師法第 11 條第 1 項前段、第 12 條第 1 項、第 2 項及第 12 條之 1。

二、卷證

業務訪查訪問紀錄、保險對象門診就醫紀錄明細表、保險對象 IC 卡回傳就醫紀錄明細表、病歷(包括病歷首頁、門診紀錄單)、兒童復健治療記錄表等影本及健保署意見書。

三、審定理由

- (一)依卷附前開相關資料顯示，本件係健保署接獲民眾反映申請人醫院有保險對象未接受復健治療卻盜刷健保卡、未提供語言治療卻申報相關醫療費用暨員工及其眷屬有異常就醫行為等情事，乃於 103 年 11 月 27 日至 12 月 16 日期間派員訪查劉姓等 5 位保險對象(劉○○等 6 位兒童之家長)、申請人醫院復健科李○○醫師及行政主管許○○，發現申請人有就劉○○等 6 位保險對象於復健療程開始時，未經醫師診斷即逕行復健療程提供醫事服務之情事，除經原核定論明者外，並有經陪同系爭未成年保險對象就診之劉姓等 5 位家屬簽名確認之業務訪查訪問紀錄、保險對象門診就醫紀錄明細表等影本附卷可稽，是申請人有上開違規情事，洵堪認定。
- (二)申請人主張 1. 其醫院申復時提供予健保署的資料，包括醫師診察日誌、門診紀錄單、治療師復健計畫及家屬作證，健保署均武斷認定不足為採；2. 各大醫院的小兒復健部門，常見小朋友無法乖乖坐在診間接受診療與問診，醫病間互動與臨床均要視小朋友的病情再作調整臨床項目與內容，健保署稽核人員不是 3T 人員，或熟悉復健臨床實務的同仁，才有用「未進診間」作為唯一的認定標準，健保署以病患是否進入診間作為有無診斷之判斷，並無法律依據；3. 李○○醫師回覆健保署問題，重點為指出因應保險對象病情需求看診，因此看診並非僅限於診間，醫師也曾至治療室觀察兒童行為，透過監視器螢幕與家長討論復健進度，並非承認未親自看診，或從未經醫師看診而給予復健治療；4. 小孩到醫院看診、復健，可能是由法定代理人或親人交互輪替，誰有空就帶小朋友去醫院，例如保險對象聞○○、聞○○的母親是醫療人員，常值夜班，所以在看診時間是沒有辦法帶小孩到場，何以採取她的說明，另保險對象宋○○，也不是每次都由外婆帶去；5. 受訪的家長也並非每

一次帶病患去就診的家長，若訪問紀錄僅針對每個小朋友其中 1 位家長作訪問的話，也不足以反應事實；6. 健保署武斷及草率認定系爭個案均從未進診間給醫師看診，處分標的應限縮於診察費，而非涵蓋所有已如實提供之其他治療費部分；7. 健保署處扣減申報醫療費用 10 倍金額，違反授權明確性原則、職權調查義務、信賴保護原則及比例原則云云，經查核分述如下：

1. 健保署意見書陳明，略以：

(1) 該署查察申請人醫院有未經醫師診斷逕行提供醫事服務之情事並處以追扣及扣減申請人醫院申報 10 倍醫療費用處分，且不採申請人醫院所提醫師診察日誌、門診紀錄單、治療師復健計畫及家屬作證證詞

①查本案該署所訪查劉○○等 6 位保險對象母親之訪問紀錄，保險對象確有至申請人醫院給醫師初診後就未再給醫師看診之情事，包括問候及評估等行為，即可證明該醫院醫師並未與保險對象有接觸之事實，另依醫師法第 11 條第 1 項規定，醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書，渠等保險對象既未經該醫院醫師診察，即不得開立復健治療之醫囑單交由復健治療師進行復健計畫，縱使申請人醫院指稱醫師有透過治療室螢幕觀察保險對象上課情形及行為變化之情事，然醫師並未親自為保險對象診察，且渠等保險對象也未經醫師評估及問候等行為，自無可能僅透過保險對象觀察結果來評估渠等是否需更改復健治療計畫，亦不符醫師法第 11 條第 2 項通訊診察之規定。

②另該署依全民健康保險法第 80 條、全民健康保險資料調閱與查詢及訪查辦法第 2 條請申請人醫院提供劉○○等 6 位保險對象 101 年 3 月至 11 月於申請人醫院接受復健治療之病歷及相關治療紀錄等影本資料，申請人醫院 103 年 12 月 16 日派員於該署進行說明時提供渠等病歷首頁、門診紀錄單及復健治療記錄表等 3 項影本資料，惟當日申請人並未提供醫師診察日誌及治療師復健計畫，申請人於申復時才提供前開診察日誌及復健計畫，該署無從判定該日誌記錄及復健計畫之時序性及真實性，且經檢視該醫院所提供之影本資料劉○○等 6 位保險對象之醫師診察日誌，上開保險對象 101 年 3 月至 103 年 11 月每次復健新的療程皆有醫師診察日誌之紀錄，與渠等母親表示保險對象從初診後就未再給醫師看診之陳述迥然不同，顯示該診察日誌斷無法證明醫師確有為保險對象診察之證明。

③本案劉○○等 6 位保險對象經該署查察有未經醫師診斷逕行提供醫事服務之情事，惟申請人醫院所提供之復健治療記錄表卻有完整而詳實之門診處置單、職能治療及語言治療情形之書寫及勾選紀錄，以及各項復健治療之治療

師用印資料，顯見前開記錄表為進行復健治療所記錄之例行性公事，與渠等保險對象是否有經醫師診察及由醫師開立醫囑而進行之復健治療無關。

- ④申請人醫院僅提供聞○○、聞○○、鄭○○及宋○○等4位保險對象家屬之事後說明書，查本案劉○○等6位保險對象於該署訪查後至104年5月5日之就醫紀錄，發現聞○○、聞○○、鄭○○及宋○○等4位保險對象目前仍持續於申請人醫院進行復健治療，惟劉○○及許○○等2位保險對象於103年12月後迄今未再有任何於申請人醫院就醫之紀錄，顯示聞○○、聞○○、鄭○○及宋○○等4位保險對象家屬囿於與醫院之醫病關係，為免於保險對象損及後續復健治療之權益，故易於事後作出與事實不符之證詞。
- ⑤申請人指稱鄭○○於103年8月7日於診間有經李○○醫師診察，並有增加處方改變之紀錄（增加語言治療），以及李醫師發現其有口語表達不清，有前置音化及替代等情形，惟查前開情節所依據之佐證係該醫院所提供之醫師診察日誌及治療師復健計畫，由於前開資料並未在103年12月16日於該署說明時現場提供，且該資料係醫院單方自行製作之資料，該署無從判斷其資料之時序性及真實性，爰不予採信。
- ⑥申請人指稱鄭○○、宋○○、聞○○、聞○○、許○○及劉○○等6位保險對象於治療過程中有改變診察醫師，以做為有經醫師診察之佐證乙節，該署以劉○○為例，經查其於101年3月3日在申請人醫院初診後至103年11月29日止之就醫紀錄，期間共有施姓、陳姓、林姓及李姓等4位復健科醫師申報為其看診，且復健治療期間高達26次改變診察醫師之紀錄，惟劉○○從初診後就未再給任何醫師看診，該醫院卻仍以4位不同醫師名義持續申報其醫療費用，顯示保險對象有改變診察醫師之申報紀錄斷難證明有給醫師診察之事實，其餘聞○○、聞○○及許○○等3位保險對象亦有以多位醫師名義申報醫療費用及多次改變診察醫師之就醫申報資料，爰申請人指稱核無可採。
- ⑦申請人於103年12月16日派其醫院復健科李○○醫師及代理人許○○至該署進行說明，經檢視其訪問紀錄，明確表示申請人醫院復健治療新的療程會詢問家長是否需要給醫師看診，家長都會主動拒絕看診，故會有未給醫師看診情形，但申請人醫院會希望病患都要給醫師看診，只是基於尊重家長才會有未給醫師看診之情形，爰此，申請人醫院已坦承基於尊重家長意願，確有保險對象未經醫師診斷逕行提供醫事服務之情事。

(2)本案行政處分裁罰之罰金比對其他停約或終約案件，無違比例原則

本案經該署行政調查，申請人醫院確有未經醫師診斷逕行提供醫事服務之情

事，該署依特約及管理辦法第 37 條第 1 項第 2 款規定，據以扣減未經醫師診斷逕行提供醫事服務之相關醫療費用，並無違誤；另該署所處以其他停約或終約之案件，係醫事服務機構有違反全民健康保險法第 81 條、特約及管理辦法第 38 至 40 條之相關規定，與申請人醫院違規情節不同，裁處內容自應有所不同。

(3) 該署處分無違反信賴保護原則

該署依全民健康保險法第 80 條對申請人醫院進行行政調查，並依行政程序法第 36 條規定對當事人有利及不利事項一律注意，以劉○○為例，其母親陳述 102 年 8 至 9 月未親自帶其就醫，該署已將未親自帶保險對象就醫之紀錄不列違規事證；另聞○○及鄭○○保險對象除了初診之外，亦有為了申請社會局交通補助費及將他院診斷證明書予申請人醫院醫師再評估之需要，故有再去給醫師看診乙次，該署亦將前開有再予醫師看診之部分排除於違規事證，對當事人有利及不利事項一律注意，該署將全案調查結果依特約及管理辦法第 37 條第 1 項第 2 款、全民健康保險特約醫事服務機構合約第 17 條、第 20 條等規定追扣及扣減申請人申報相關醫療費用，該署依法裁量，尚無申請人所稱處分有違反信賴保護原則之情事。

(4) 申請人主張以保險對象「從未進診間」或「有無進診間」作為本案保險對象是否有未經醫師診斷部分

查劉○○等 6 位保險對象母親之訪問紀錄，渠等均明確且一致表示，帶保險對象至申請人醫院給醫師初診後就未再給醫師看診，或因為要申請交通費以利申請診斷書，或因為其他醫院診斷書出來需要給醫師再評估，故有再給申請人醫院醫師再看診過乙次，除此之外，並未再給申請人醫院醫師看診過，包括問候及評估等行為，是以訪問紀錄重點均陳述「未再給醫師看診，包括問候及評估等」，並非「有無進診間給醫師看診」，保險對象既無再給醫師看診、問候及評估，即可認定保險對象有未經醫師診斷逕行提供醫事服務之情事，與保險對象是否有進診間無涉。

2. 健保署依訪查訪問紀錄認定違規事實，核屬有據

(1) 健保署於訪查訪問陪同系爭未成年保險對象就診之家屬劉姓等保險對象時，有提示渠等未成年家屬之就診資料(門診就醫紀錄明細表及健保卡上傳資料)，渠等對於其未成年家屬至申請人醫院就診之內容，如每次療程開始，有無先經醫師看診、評估或問候等情形，陳述詳實明確，前開訪問事項，均非難以認明，該等保險對象之陳述亦平實明確，且健保署之訪查訪問紀錄，均經該等陪同未成年保險對象就診之家屬簽名確認在案。

(2)茲就系爭 6 位未成年保險對象之母親接受健保署訪查訪問時陳述之內容，
敘述如下：

- ①劉○○之母親劉姓保險對象 103 年 11 月 27 日受訪時表示：「本人是劉○○的母親，本人都親自帶他就醫，本人瞭解其就醫情形」、「但我每次要掛號時那次，劉○○都沒有看到醫師，都是直接去做復健治療，從 101 年 3~4 月初診那次有給醫師看診外，之後全部都在做復健治療。本人當初也有疑問為什麼○○醫院每次療程結束，為什麼不用再給醫師看診，以評估劉○○是否需要更換復健內容…本人確認劉○○自 101 年 3~4 月初診後，就再也未在診間給醫師看過診，都是一直在做復健治療…劉○○在 101 年 3~4 月之前在新店慈濟醫院做過復健治療，每 6 次療程結束就要再給醫師看診…本人確認劉○○及我本人自 101 年 3~4 月初診後，就從未在 1 樓診間看過任何 1 位醫師，也未在整間醫院其他地方給醫師看診過，包括問候、評估病況等。」。
- ②聞○○及聞○○之母親陳姓保險對象 103 年 11 月 28 日受訪時表示：「本人是聞○○及聞○○的母親，本人及本人先生會帶他們去就醫，故本人及本人先生都瞭解他們的實際就醫情形」、「聞○○從初診迄今只給醫師看診過 2 次，聞○○從初診以後就沒有再給醫師看診過。另外補充說明聞○○及聞○○至○○醫院做復健治療，是本人及本人先生分別帶去就醫，1 半以上是本人帶他們去，其他則是由本人先生帶去，但本人先生帶去的部分，他也會回來跟我說明每次去該醫院的復健治療情形，所以本人清楚在○○醫院的實際復健治療情形…醫院診間在 1 樓，醫師都在診間，所以未給醫師看診時，聞○○及聞○○不會在醫院裡面看到醫師，也不會接受評估、問候等。」。
- ③鄭○○之母親周姓保險對象 103 年 12 月 1 日受訪時表示：「本人是鄭○○的母親，本人都親自帶他就醫，所以本人都瞭解他實際就醫情形」、「所以自 103 年 7 月 25 日初診後，鄭○○有 2 次給醫師看診，其餘去該醫院就醫復健都是規律的做每星期 5 天的復健治療，未再給醫師評估、看診或問候等。」。
- ④許○○之母親洪姓保險對象 103 年 12 月 8 日受訪時表示：「本人是許○○的母親，本人都親自帶他就醫，所以本人瞭解他的實際就醫情形」、「初診後本人確認就未再給醫師看診過，包含評估及問候，因為本人將復健重點放在双和醫院，○○醫院就只是單純讓許○○去上復健課程，故也不會想說初診後要再給醫師看診及評估狀況等。本人帶許○○去復健課程都是全

程本人陪同，等候課程期間，醫師不會過來問候及評估，只有偶爾語言師及職能師會來說明許○○的治療情形」。

⑤宋○○之母親彭姓保險對象 103 年 12 月 8 日受訪時表示：「本人是宋○○的母親，本人大部分會帶他去就醫，另外本人媽媽也會帶他去就醫，但媽媽回來會跟我說明宋○○的治療情形，所以本人瞭解宋○○實際就醫情形」、「宋○○去○○醫院每次掛號收取 80 元，每次掛號可做 6 次療程，6 次做完要重新掛號，掛號在醫院 1 樓，掛完號都直接至 5 樓做復健治療，並不需要再進診間給醫師看診，也不用給醫師評估、問候等，但宋○○在臺大醫院醫師會詢問其復健狀況。本人確認宋○○自 103 年初診時有給醫師看診，之後就一直做復健治療，由醫院行政組長說明課程安排，不用再給醫師看診，醫師也不用再做評估、問候等」。

(3)綜上，健保署依訪查訪問紀錄認定申請人有系爭之違規事實，核屬有據，所稱受訪的家長也並非每一次帶病患去就診的家長，訪問紀錄不足以反應事實云云，自不足核。

3. 保險對象之說明書尚難推翻本件違規事實之認定

(1)依照臺灣社會之醫病關係，病人不太可能故為誣陷醫生之訪談紀錄，反而是醫師不難要求病患做有利醫師之陳述。本件健保署訪查人員與申請人間並無利害關係，查獲申請人虛報醫療費用亦無額外獎勵，殊無誣陷申請人或誘導受訪對象作不利於申請人陳述之必要；反之受訪對象之陳述攸關申請人之利害甚鉅，申請人有誘因促使受訪對象作對其有利之說詞，因此受訪保險對象訪查後之陳述，易受到申請人之影響而變更其說辭，其可信度不如受訪保險對象第 1 次接受健保署訪查時之說詞為可採。再者，依臺灣社會習慣，醫師係受人敬重尊崇之行業，病人不可能故意誣陷申請人，反而容易在醫師之請託之下為其辯解，渠等事後所為陳述，常係因礙於人情，推翻前詞所為迴護申請人之詞，故渠等陳述前後矛盾時，因受訪對象所做之紀錄，係在本件事發之初即作成，當時為自由意識下之首次供述，且無其他主、客觀因素干擾或存有任何顧慮情況下所為之陳述，應有較高之可信度，此分別有臺北高等行政法院 96 年度訴字第 3792 號、97 年度訴字第 685 號、第 2910 號、102 年度訴字第 180 號及 553 號等判決可資參照。

(2)本件健保署訪查訪問劉姓等 5 位保險對象，申請人事後雖檢附其中陳姓(聞○○、聞○○之母)、周姓(鄭○○之母)及胡姓(宋○○之外婆)等 3 位保險對象說明書，惟尚難推翻本件違規事實認定，理由如下：

①關於聞○○及聞○○之母親陳姓保險對象說明書部分

陳姓保險對象於 104 年 2 月 5 日說明書陳述，略以健保署訪談時有告知健保署人員，櫃檯人員有多次提醒進診間看醫師，因治療時間緊迫，偶會請治療師轉達問題給醫師，並非從未進診間看醫師等語，對照該保險對象於 103 年 11 月 28 日接受健保署訪問時陳稱：「聞○○及聞○○自 103 年 8 月 11 日初診有給醫師看診，之後就依照相同的復健治療計畫持續治療，每做 6 次完就從新掛號，不用再給醫師看診，掛完號直接至醫院 5 樓做治療…聞○○從初診迄今只給醫師看診過 2 次，聞○○從初診以後就沒有再給醫師看診過。…櫃檯小姐有提醒本人，如果聞○○及聞○○有需要看醫師的話，可以等 6 次療程結束後的第 1 次再給醫師看。」等語，二相比較，陳姓保險對象均未否認聞○○及聞○○有未經醫師診斷即接受復健治療服務之事實。

②關於鄭○○之母親周姓保險對象說明書部分

周姓保險對象於 103 年 12 月 1 日接受健保署訪問時已陳稱：「自 103 年 7 月 25 日初診後，鄭○○有 2 次給醫師看診，其餘去該醫院就醫復健都是規律的做每星期 5 天的復健治療，未再給醫師評估、看診或問候等。」等語，與其事後於 104 年 1 月 30 日出具說明書強調至少與醫師面談諮詢 3 次以上云云，並無違和。

③關於宋○○之外婆說明書部分

宋○○之母彭姓保險對象於 103 年 12 月 8 日接受健保署訪問時，已明確表示：「本人是宋○○母親，本人大部分會帶他去就醫，另外本人媽媽也會帶他去就醫，但媽媽回來會跟我說明宋○○的治療情形，所以本人瞭解宋○○實際就醫情形。」、「從 103 年 3 月初給醫師看診後，宋○○就一直按照復健課程持續規律做復健治療，就未在○○醫院給醫師看診，包括評估、問候等」等語，而申請人事後所檢附宋○○之外婆胡姓保險對象之說明書內容簡略，僅略述曾進過診間與醫師討論外婆病情與孩子的學校表現情形云云，尚難據此推翻彭姓保險對象前開受訪時證述之事實。

4. 門診紀錄單、治療師復健計畫、醫師診察日誌、監視器畫面照片、DVD 光碟及治療紀錄統計表等，均不足以作為有利申請人之認定

(1) 經本部委請醫療專家依申請人於 103 年 12 月 16 日派員至健保署說明時所提供的劉○○等 6 位保險對象之病歷首頁、門診紀錄單及兒童復健治療記錄表等影本資料審查結果，認為申請人所附資料雖有物理、職能及語言治療內容勾選，但無各專業之發展評估、治療進展紀錄及治療時段安排情形，且以所附保險對象劉○○之病歷為例，其 101 年 3 月 3 日至 103 年 11 月

22日期間之歷次看診病歷紀錄，除年齡偶有調整(亦調整錯誤)外，其他部分皆完全一樣，缺乏粗動作發展評估、精細動作發展評估、語言發展評估及感覺統合之理學檢查，且歷次看診亦無職能治療後進步情形所需之評估及建議，不符合各個療程之首次應有醫師診察之規定。

(2)申請人事後檢附之「醫師診察日誌」及「治療師復健計畫」，顯係臨訟而作，核難採信

申請人醫院李○○醫師於103年12月16日接受健保署訪查訪問時，健保署請李○○醫師提供劉○○等保險對象自101年3月起之「所有就醫病歷影本」，當時李○○醫師所提供之病歷資料僅有「病歷首頁」、「門診紀錄單」、「兒童復健治療紀錄表」，有健保署意見書及附件資料附卷可憑，與申請人於104年2月9日向健保署申復及104年4月30日申請爭議審議時所附病歷資料，於「申復說明」資料內增列原所未有之「醫師診察日誌」及「治療師復健計畫」，並不相符，顯係臨訟而作，核難採信。

(3)申請人前後檢附「門診紀錄單」之內容記載不盡相同，尚難採信

①查申請人醫院李○○醫師於103年12月16日接受健保署訪查訪問所提供之「門診紀錄單」，部分門診日期之卡號為空白，與「保險對象IC卡回傳就醫紀錄明細表」所顯示刷卡正常，顯有不符，例舉如下：

保險對象	門診紀錄單			IC 卡回傳就醫紀錄明細表(補卡註記)
	就診日期	就診身分別	卡號	
鄭○○	103. 9. 4	健保欠卡	(空白)	1(刷卡正常)
鄭○○	103. 10. 6	健保欠卡	(空白)	1(刷卡正常)
劉○○	101. 4. 2	健保	(空白)	1(刷卡正常)
劉○○	101. 4. 23	健保	(空白)	1(刷卡正常)

②另比對申請人醫院李○○醫師於103年12月16日受訪、申請人於104年2月9日申復及104年4月30日申請爭議審議所附之「門診紀錄單」，內容記載差異甚大，例舉聞○○及聞○○103年11月20日門診表列如下，自不足採。

保險對象	申請人醫院李○○醫師 103年12月16日提供	申請人於申復及申請爭議審議時提供
------	----------------------------	------------------

聞	「S : 3+5 y/o boy, 25+6 week DD 0 : mild DD Raw and fine motor function : mild delayed」	「S : 由家長一同前來(準備與其姐弟一同治療) 25+6 week DD 103/11/20 於櫃台旁詢問家長，得知小孩在家表現有進步 0 : can obey one step order sometimes attention drift; can realize simple concept raw and fine motor : mild delayed compared with same age group(從使用物品過程感小孩覺很少操作小物品，技巧性不高肢體動作侷限在大肌群活動) 不主動說話(仍害羞，無完整句子)」
聞	「S : 3+5 y/o girl, mild DD 25+6 week 0 : mild DD raw and fine motor : mild delayed」	「S : 與家長一同前來(姐弟一同治療) 主訴懷疑 DD 103/11/20 詢問家長，得知小孩有些許進步 0 : can obey one step order sometimes attention drift; can realize simple concept raw and fine motor : mild delayed compared with same age group(從使用物品過程感小孩覺操作小物品，技巧性不高肢體動作侷限在大肌群活動) (害羞，無完整句子)」

(4)申請人委託律師等人於104年7月24日到場陳述意見之後，再提出之「醫師診間電腦有連接治療室監視器畫面照片」、DVD光碟(104年7月24日第3支鏡頭攝影機-兒童於治療室接受復健治療之監視器畫面影像)、系爭6位保險對象之治療紀錄摘錄及診療紀錄統計表部分，核與本件違規事實認

定無涉

- ①按醫師應親自診察，製作病歷記載主訴、診斷等事項，並向病人或其家屬告知病情、治療方針等，審諸醫師法第 11 條第 1 項前段、第 12 條第 1 項、第 2 項及第 12 條之 1 規定自明，是醫師如確有執行診察行為，病人本人或家屬當會向醫師陳述病情（主訴），並由醫師告知病情，本件姑不論系爭病患（幼童）家屬已陳稱復健療程之開始未經醫師看診（評估、問候），已如前述，且所提供之監視器畫面為 104 年 3 月 24 日，亦非系爭保險對象 101 年 4 月至 103 年 10 月就診期間，是申請人所舉監視器畫面等自難佐證其診所醫師有在系爭期間為系爭保險對象診察之事實。
- ②至申請人檢附治療紀錄摘錄及診療紀錄統計表（統計系爭保險對象同一療程治療次數），主張系爭 6 位保險對象就診紀錄，並無 6 次療程中重行掛號看診之情形乙節，並無解於前揭申請人就該 6 位保險對象於系爭各次療程之始，有未經醫師診斷之違規事實認定，所舉尚難執為本案之論據。

5. 健保署扣減申報診察費及相關治療費用之 10 倍金額，核屬有據

- (1)申請人雖主張系爭保險對象未進診間給醫師看診，處分標的應限縮於診察費，而非涵蓋所有已如實提供之其他治療費云云，惟按特約及管理辦法第 37 條第 1 項第 2 款規定：「保險醫事服務機構有下列情事之一者，以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算，扣減其申報之相關醫療費用之十倍金額：二、未經醫師診斷逕行提供醫事服務。」，係指保險醫事服務機構每次提供醫事服務均應先經醫師診斷而言，此乃配合醫師法第 11 條規定：「醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書……」規定之當然解釋，且特約及管理辦法第 37 條第 1 項第 2 款所以將「未經醫師診斷逕行提供醫事服務」列為應扣減 10 倍醫療費用之事由，其立法目的即在於禁止醫師未經看診而直接將健保給付之醫事服務提供給保險對象，除為避免虛報醫師診察費外，亦有為顧及病患權益之目的，此有臺北高等行政法院 99 年度訴字第 1386 號判決可資參照。
- (2)又全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第 2 部第 2 章第 4 節（復健治療）第 2 項（物理治療）通則五、第 3 項（職能治療）通則二及第 4 項（語言治療）通則二，均明定有各項復健治療之適應症。以實施職能治療之適應症為例，醫師須透過診察保險對象，確認有所列「神經生理、骨骼肌肉、心肺循環等系統疾病或意外傷害經評估其關節活動度、肌力、感覺、平衡、認知性、知覺動作、功能性動作、協調度、及日常生活能力等需職能治療者」之適應症，並開立復健治療單後，復健治療師始能依照復健治療單所載治

療項目，對保險對象施予相關治療。又「門診復健治療依病情需要核實申報，且每療程以不超過六次為原則」，為全民健康保險醫院醫療費用審查注意事項(十四)復健科審查注意事項第1點前段所明定，其目的乃在讓醫師觀察保險對象經復健療程後，再次診察病情變化、有無調整治療項目或進行另一療程之必要。

(3)本件健保署查核申請人醫院就劉○○、聞○○、聞○○、鄭○○、許○○及宋○○等6位保險對象未經醫師診斷逕予提供復健治療之療程次數，依健保署104年1月12日健保○字第0000000000號函之「違規附表」記載，分別高達78次(101年4月至103年11月)、10次(103年8月至11月)、11次(103年8月至11月)、14次(103年7月至11月)、51次(101年11月至103年10月)及29次(103年3月至11月)，在此如此高頻率之復健療程，竟均未於各療程之初先由醫師診斷，即逕由復健治療師施予復健治療，並申報相關治療費用，核其情節已該當特約及管理辦法第37條第1項第2款規定之要件，健保署據以扣減申請人申報之相關醫療費用之10倍金額，自屬有據。

6. 原核定裁處扣減10倍醫療費用，未違反授權明確性原則及比例原則

全民健康保險法第66條第1項(修正前為第55條第2項)授權主管機關訂定特約及管理辦法，就保險人與醫事服務機構間關於終止特約、不得申請特約、停止特約之效果及扣減醫療費用等特約及管理事項，授權主管機關定之，以達成有效管理醫事服務機構之授權目的。保險人如於醫事服務機構有未經醫師診斷逕行提供醫事服務之情形，仍不得扣減醫療費用，顯無從達到遏止違法行為、有效管理醫事服務機構之授權目的，是特約及管理辦法第37條(修正前第65條)規定，顯未逾越全民健康保險法第66條第1項授權之範圍及立法精神等語，此有臺北高等行政法院96年訴字第1171號及1898號判決意旨可資參照。況申請人與健保署雙方簽訂之全民健康保險特約醫事服務機構合約，已明文約定簽約之醫事服務機構，應依特約及管理辦法辦理全民健康保險業務，故該辦法之規定，亦為申請人醫院於締結特約時所得預見，並無因授權不明而無從預見管理內容情事，保險醫事服務機構有未經醫師診斷逕行提供醫事服務情事者，以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算，扣減其申報之相關醫療費用之十倍金額，為特約及管理辦法第37條第1項第2款所明定，健保署並無裁量扣減金額之權限，從而申請人所稱特約及管理辦法並未為扣減申報醫療費用10倍金額之授權，欠缺法律明確性授權之依據，以及原核定違反比例原則云云，尚非可採。

(三)綜上，健保署核定追扣申請人醫療費用103萬2,961元及扣減10倍醫療費

用 1,032 萬 9,610 元，並無不合，原核定應予維持。

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 項暨第 25 條規定，審定如主文。

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、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 37 條第 1 項第 2 款

「保險醫事服務機構有下列情事之一者，以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算，扣減其申報之相關醫療費用之十倍金額：二、未經醫師診斷逕行提供醫事服務。」

二、全民健康保險特約醫事服務機構合約第 17 條第 1 項第 5 款

「乙方申請之醫療費用，有下列各款情形之一者，由乙方負責，經甲方查核發現已核付者，應予追扣：五、其他應可歸責於乙方之事由者。」

三、全民健康保險特約醫事服務機構合約第 20 條第 1 項

「乙方有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條至第四十條所列情事之一者，甲方應分別予以扣減醫療費用、停止特約或終止特約。」

四、全民健康保險醫療辦法第 8 條第 3 項第 4 款

「前項同一療程，指下列診療項目，於一定期間施行之連續治療療程：四、自首次治療日起至次月底前，六次以內治療為療程者：九歲以下兒童之西醫復健治療。」

五、全民健康保險醫院醫療費用審查注意事項(十四)復健科審查注意事項第 1 點(102/3/1)

「門診復健治療依病情需要核實申報，且每療程以不超過六次為原則；至於同一療程之認定，如有疑義則由審查醫藥專家專業認定之。」

六、醫師法第 11 條第 1 項前段

「醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。」

七、醫師法第 12 條第 1 項及第 2 項

「醫師執行業務時，應製作病歷，並簽名或蓋章及加註執行年、月、日。」、「前項病歷，除應於首頁載明病人姓名、出生年、月、日、性別及住址等基本資料外，其內容至少應載明下列事項：一、就診日期。二、主訴。三、檢查項目及結果。四、診斷或病名。五、治療、處置或用藥等情形。六、其他應記載事項。」

八、醫師法第 12 條之 1

「醫師診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。」

案情摘要

依藥師法第 18 條前段規定，藥師調劑藥品後應於處方箋簽名蓋章，乃係藥師執行調劑藥品之必要行為，申請人負責藥師未於處方箋上簽名蓋章，健保署除核定追扣醫療費用外，一併扣減醫療費用 10 倍金額，然類此僅病歷（處方箋）未簽章而申報醫療費用之情形，如醫師未於病歷上簽章，而以院所醫師名義申報醫療費用之情形，健保署核處不給付費用，基於相同事物應為相同處理之行政自我拘束原則，健保署並未為相同之處理，與行政程序法第 6 條所揭示「行政行為，非有正當理由，不得為差別待遇。」之平等原則，尚有未符。

請求事項	撤銷原核定。
審 定	
主 文	一、原核定關於扣減醫療費用 10 倍金額部分撤銷。 二、其餘申請審議駁回。
事 實	
一、本件健保署訪查日期：104 年 4 月 17 日	
二、違規事實：	
申請人提供之徐姓等 3 位保險對象 101 年 6 月 2 日及 102 年 5 月 19 日 3 張處方箋並無申請人藥局藥師簽章，申請人卻向健保署申報該等保險對象藥事相關費用計 2,435 點。	
三、104 年 4 月 23 日健保○字第 0000000000 號函(初核)裁處內容	
(一) 核定依據：	
全民健康保險特約醫事服務機構合約第 17 條及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 37 條第 1 項第 3 款。	
(二) 核定內容：	
申請人有處方箋或醫療費用申報內容為病歷或紀錄所未記載之情事，核定追扣醫療費用新臺幣(下同)2,230 元及扣減醫療費用之 10 倍金額 2 萬 2,300 元，共計 2 萬 4,530 元。	
四、104 年 6 月 8 日健保○字第 0000000000 號函(複核)	
申請人申請複核，經重行審核，依下列理由，認為申請人違規事證明確，仍維持原核定：	
(一) 按「保險對象持甲方（健保署）特約醫院、診所交付之處方箋至乙方（特約藥局）調劑，乙方對處方箋及藥歷之保存年限應依藥師法之規定，以備甲方查核。」、「藥師對於醫師所開處方，祇許調劑一次，其處方箋應於調劑後簽名蓋章，添記調劑年、月、日，保存三年，含有麻醉或毒劇藥品者保存五年。」	

為全民健康保險特約醫事服務機構合約第4條及藥師法第18條前段所明定。

(二) 經查申請人藥局104年4月17日提供徐○○等3人101年6月2日及102年5月19日調劑之處方箋，均未依前開合約、藥師法等規定簽名或蓋章，記載調劑年、月、日等完整正確資料，又上開醫療費用102年6月底以前均已申報，核屬違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第37條第1項第3款所定「醫療費用申報內容為紀錄（處方箋）所未記載」之情事。

理由

一、法令依據

- (一) 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下簡稱特約及管理辦法）第35條第4款及第37條第1項第3款。
- (二) 全民健康保險特約醫事服務機構合約（特約藥局適用，以下簡稱特約合約）第4條及第17條第1項第5款。
- (三) 藥師法第18條前段。

二、卷證

申請人藥局說明書、慢性病連續處方箋、交付調劑醫療費用明細表等影本及健保署意見書。

三、審定理由

- (一) 依卷附前開相關資料顯示，本件係健保署就「○部○縣市○○幹部自強活動」名單經比對申報資料，發現申請人藥局負責藥事人員吳○○101年6月2日及102年5月19日參加自強活動期間，仍向健保署申報藥品調劑費用計3筆，乃派員訪查申請人藥局負責藥事人員及調取相關處方箋，確認該3筆處方箋未經藥師蓋調劑章戳，而申請人卻向健保署申報該3筆藥事相關費用，除經原核定論明者外，並有經申請人藥局負責藥事人員吳○○蓋章確認之說明書、慢性病連續處方箋、交付調劑醫療費用明細表等影本附卷可稽。
- (二) 申請人對於藥師未於處方箋簽章一事，並未否認，惟主張健保署本來要稽查藥師是否有實際交付給藥，經查核後確實有依藥師應有的藥物諮詢服務交付，但健保署稽查人員看到藥師未在慢性病連續處方箋上簽名蓋章，乃以特約及管理辦法第37條第1項第3款處方箋或醫療費用申報內容為病歷或記錄所未記載來處罰，如此重罰實不符比例原則云云，茲查核如下：

1. 健保署意見（與複核理由相同）固認為：

- (1) 按「保險對象持甲方（健保署）特約醫院、診所交付之處方箋至乙方（特約藥局）調劑，乙方對處方箋及藥歷之保存年限應依藥師法之規定，以備甲方查核。」、「藥師對於醫師所開處方，祇許調劑一次，其處方箋應於調

劑後簽名蓋章，添記調劑年、月、日，保存三年，含有麻醉或毒劇藥品者保存五年。」為全民健康保險特約醫事服務機構合約第 4 條及藥師法第 18 條前段所明定。

(2) 經查申請人藥局 104 年 4 月 17 日提供徐○○等 3 人 101 年 6 月 2 日及 102 年 5 月 19 日調劑之處方箋，均未依前開合約、藥師法等規定簽名或蓋章，記載調劑年、月、日等完整正確資料，又上開醫療費用 102 年 6 月底前均已申報，核屬違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 37 條第 1 項第 3 款所定「醫療費用申報內容為紀錄（處方箋）所未記載」之情事。

2. 惟依藥師法第 18 條前段規定，藥師調劑藥品後應於處方箋簽名蓋章，乃係藥師執行調劑藥品之必要行為，而本件申請人負責藥師確未於系爭徐姓等 3 位保險對象 101 年 6 月 2 日及 102 年 5 月 19 日 3 張處方箋上簽名蓋章，有卷附慢性病連續處方箋影本可稽，然類此僅病歷（處方箋）未簽章而申報醫療費用之情形，如醫師未於病歷上簽章，而以院所醫師名義申報醫療費用之情形，健保署係依醫療法第 68 條第 1 項、醫師法第 12 條第 1 項及特約合約第 17 條第 5 款規定，核處不給付費用；本件健保署對申請人上開違規行為，除核定追扣醫療費用外，一併扣減醫療費用 10 倍金額，基於相同事物應為相同處理之行政自我拘束原則，本件健保署並未為相同之處理，與行政程序法第 6 條所揭示「行政行為，非有正當理由，不得為差別待遇。」之平等原則，尚有未符。

(三) 綜上，爰將原核定關於扣減醫療費用 10 倍金額部分撤銷；其餘追扣醫療費用部分，並無不合，原核定關於此部分應予維持。

據上論結，本件申請為部分有理由，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 19 條第 1 項、第 2 項暨第 25 條規定，審定如主文。

本件申請人如有不服，得提起給付訴訟，訴訟標的金額新臺幣 40 萬元以下者向臺灣臺北地方法院行政訴訟庭提起（地址：新北市新店區中興路 1 段 248 號）；逾新臺幣 40 萬元者向臺北高等行政法院提起（地址：臺北市士林區文林路 725 號）

相關法令：

一、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 35 條第 4 款

「保險醫事服務機構有下列情事之一，保險人應通知其限期改善：四、其他違反特約事項，非屬情節重大者。」

二、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第37條第1項第3款

「保險醫事服務機構有下列情事之一者，以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算，扣減其申報之相關醫療費用之十倍金額：三、處方箋或醫療費用申報內容為病歷或紀錄所未記載。」

三、全民健康保險特約醫事服務機構合約（特約藥局適用）第4條

「保險對象持甲方特約醫院、診所交付之處方箋至乙方調劑，乙方對處方箋及藥歷之保存年限應依藥師法之規定，以備甲方查核。」

四、全民健康保險特約醫事服務機構合約第17條第1項第5款

「乙方申請之醫療費用，有下列各款情形之一者，由乙方負責，經甲方查核發現已核付者，應予追扣：五、其他應可歸責於乙方之事由者。」

五、藥師法第18條前段

「藥師對於醫師所開處方，祇許調劑一次，其處方箋應於調劑後簽名蓋章，添記調劑年、月、日，保存三年，含有麻醉或毒劇藥品者保存五年。」

案情摘要

特約診所負責醫師已數月未於診所看診，特約診所卻仍持續以其名義申報費用，與一般單純零星個案誤鍵醫師名稱有別，難認適法，申請人所稱醫師登記錯誤云云，核難執為免罰之論據。

請求事項	撤銷原核定。
審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	
<p>一、訪查期間：103年1月10日至7月21日。</p> <p>二、違規事實：以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用。</p> <p>(一) 劉○○醫師未於申請人診所看診卻以其名義申報醫療費用</p> <ol style="list-style-type: none">1. 依○○市○○公司提供曾姓保險對象於102年7月至103年2月期間之差勤紀錄資料比對，發現曾姓保險對象於該公司上班出勤時，未至申請人診所就診，申請人診所卻以劉○○醫師名義向健保署申報該保險對象102年9月至103年2月期間醫療費用計2,970點。2. 蕭姓、李蔡姓、蔡林姓、鄭吳姓、邱姓及潘姓等保險對象表示，其本人或其家人(林姓甲及乙)至申請人診所就診，並非由劉○○醫師看診，惟申請人診所卻向健保署申報以劉○○醫師名義看診該等保險對象102年9月至103年1月間之醫療費用計2,004點。3. 邱姓(申請人診所護士)及潘姓(申請人診所護理師)保險對象表示，於102年暑假後，申請人診所負責醫師劉○○全家搬至臺中，未看到劉○○醫師來診所，惟申請人診所卻向健保署申報102年10月1日至103年2月18日間以劉○○醫師名義看診之醫療費用計2萬5,527點(已扣除蕭姓、李蔡姓、蔡林姓、鄭吳姓、邱姓及曾姓保險對象暨劉○○醫師申報看診自己及配偶楊姓、女兒劉姓甲、乙醫療費用)。 <p>(二) 張○○醫師未於申請人診所看診卻以其名義申報醫療費用</p> <p>張○○醫師表示，其固定於星期五在○○醫院看診，看診期間未曾至外面診所看診，其星期日固定休息，偶而會去申請人診所看診，但劉○○醫師星期日晚上看診時，其不會去看診，且其看診亦不會只看診1、2位病患，又其本來是星期一、星期三及星期四下午前往巡迴點看診，之後星期四下午改為星期二下午，才沒有去看診，惟申請人診所卻向健保署申報101年1月至102年11月間(星期四、星期五下午及星期日晚上)由張○○醫師名義看診之醫療費用計10萬9,762點。</p>	

三、103年8月29日健保○字第0000000000號函要旨（初核）

- (一) 申請人診所雖自103年3月26日歇業，惟前開違約情事係發生於雙方合約有效期間內，依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下簡稱特約及管理辦法）及合約之規定，健保署仍應處申請人診所停止特約3個月，其診所負責醫師劉○○於停止特約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。
- (二) 申請人診所於同址最近5年內，受停約2次以上，依特約及管理辦法第5條第1項第1款規定，該址於5年內，該署不予特約為本保險醫事服務機構。另申請人診所、負責醫事人員，依上開辦法第5條第1項第3款規定，如再經該署查獲違規受停約以上處分，該署將於5年內不予特約，併此敘明。

四、申請人申請複核，健保署於103年9月17日以健保○字第0000000000號函核復仍維持原核定，並同意暫緩執行。

五、申請理由要旨

(一) 依法應邀出診

1. 曾姓保險對象部分及張○○醫師至○○鄉看診都是應邀出診，健保署有訪查其他保險對象，為何不訪查曾姓保險對象？張○○醫師原本星期四下午巡迴，之後換地點，但○○鄉民一直電話拜託出診，合醫師法8-2及健保法第1條之出診，依101年1月20日健保○字第0000000000號函，應邀出診係合法必須給付之行為，健保署故意不提，意圖栽贓扣錢。
2. 張○○星期四下午及星期五中午固定應邀出診，為何不問星期四下午及星期五中午病人看病情況？
3. 健保署103年7月14日健保○字第0000000000號函表示張○○星期四到○○鄉看診，不料103年8月29日健保○字第0000000000號函完全扭曲掩飾張○○之說詞表示星期四都沒有看診。

(二) 登記醫師錯誤

1. 病人都有生病，若有醫師登記錯誤，沒有請錢，不構成虛偽不實，蕭姓、李蔡姓、蔡林姓、鄭吳姓保險對象部分，係其診所鍵錯醫師，惟不影響保險對象確實生病事實，並無多申報費用。
2. 護士表示非由劉○○看診，那是誰看診？根本不明確？鍵錯醫師就全扣款，與拿一疊卡刷一樣罰則，太沒比例原則。

(三) 其診所已於103年3月歇業自動停約，何來停約？

(四) 健保署依特約及管理辦法規定停約其診所5年違憲及違反比例原則。

理 由

一、法令依據

- (一) 特約及管理辦法第 39 條第 4 款及第 47 條第 1 項。
- (二) 特約及管理辦法第 39 條違約處分裁量基準第 2 點第 3 款。

二、卷證

業務訪查訪問紀錄、保險對象門診就醫紀錄明細表、保險對象 IC 卡回傳就醫紀錄明細表、出缺勤明細表等影本及健保署意見書、補充意見書。

三、審定理由

- (一) 本件健保署前揭 103 年 8 月 29 日健保○字第 0000000000 號函併敘申請人診所於同址最近 5 年內，受停約 2 次以上，該址於 5 年內不予特約為本保險醫事服務機構，該署 103 年 9 月 17 日健保○字第 0000000000 號函仍重申前旨。經查健保署審核醫事服務機構是否符合申請全民健康保險特約之資格及條件，係以該醫事服務機構向健保署提出特約之申請為前提，未再向健保署申請特約前，健保署自無從據以審核特約資格及條件，進而不予特約之餘地，本件申請人診所（負責醫師劉○○）於 103 年 3 月 26 日歇業後，未再申請特約，有健保署補充意見書附卷可按，則此部分係健保署於申請人尚未主動依特約及管理辦法第 3 條規定申請特約前，本於行政指導意思，通知申請人將依規定於 5 年內不予特約等事項所為單純事實之敘述及說明，並非本於行政權對申請人為發生法律上效果之單方行政行為，爰本件僅就處申請人診所停止特約 3 個月部分審議，先予敘明。
- (二) 依卷附前開相關資料顯示，本件係健保署於 103 年 1 月 10 日至 7 月 21 日期間派員訪查申請人及保險對象，發現申請人診所劉○○醫師、張○○醫師並未於申請人診所看診，申請人卻分別以劉○○醫師、張○○醫師名義，向健保署申報看診之醫療費用情事，除經原核定論明者外，並有經申請人診所執業醫師張○○及各該保險對象簽名或蓋章或按捺指印確認之業務訪查訪問紀錄、保險對象門診就醫紀錄明細表、IC 卡回傳就醫紀錄明細表等影本附卷可稽，是申請人有上開違規情事，洵堪認定。
- (三) 本件申請人主張 1. 其診所已於 103 年 3 月歇業，何來停約？2. 曾姓保險對象係其依法應邀出診，為何不訪問？張○○醫師原本星期四下午巡迴，之後換地點，但○○鄉民電話拜託出診，依 101 年 1 月 20 日健保○字第 0000000000 號函，應邀出診係合法必須給付之行為，張○○星期四下午及星期五中午固定應邀出診，為何不問星期四下午及星期五中午病人看病情況 3. 病人都有生病，若有醫師登記錯誤，沒有請錢，不構成虛偽不實云云，茲

查核分述如下：

甲、健保署意見書陳明，略以：

1. 按申請人診所雖自 103 年 3 月 26 日歇業在案，惟上述違約情事係發生於雙方合約有效期間內，依特約及管理辦法及合約之規定，該署依法處以申請人診所停止特約 3 個月，及負責醫師劉○○於停約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，並無不當。
2. 原處分係依前開多位保險對象之訪問紀錄、曾姓保險對象差勤紀錄資料暨申請人診所及負責醫師劉○○之說明，參酌病歷、處方箋、申報資料逐一比對研判，且對於申請人診所有利及不利之情形，一律予以注意，綜合研判。
3. 有關應邀出診部分
 - (1)按改制前行政院衛生署 99 年 11 月 22 日衛署字第 0990081874 號函釋，醫師法第 8 條之 2 規定所稱「應邀出診」，係指應情況危急或行動不便之病人之邀往診而言，所稱「病危」依社會之通念，應指病情極為嚴重，危及生命安全而言，應非屬定時發生之狀況。如無應邀出診之適用範疇，醫師至病人住處執行醫療業務，應依醫師法第 8 條之 2 規定，經事先向執業登記所在地之衛生主管機關報准後始得前往之。
 - (2)查有關申請人診所 102 年 4 月 30 日函向○○政府申請 102 年 4 月 20 日至 12 月 31 日應病患邀往看診，醫護人員及診察地點乙案，前經○○縣政府 102 年 5 月 3 日府授衛○字第 0000000000 號函復不予同意。申請人診所之執業醫事人員並未符合醫師法第 8 條之 2 規定「應邀出診」之範疇。
 - (3)關於「應邀出診」乙節，申請人診所不服該署 101 年 1 月 20 日健保○字第 0000000000 號函，認為「醫師如應居住在無醫生地區、非行動不便(例如腿部輕微退化或駝背)之病人邀往出診應無須先向所在地主管機關事先報准，即可向被告健保署申請給付費用」，提起行政訴訟乙案，業經○○高等行政法院 102 年度○字第 000 號判決駁回。
4. 張○○醫師受訪表示，其固定於星期五在○○醫院看診，有一、二年了，時間是早上 8 點到中午 11 點多，下午是 2 點到 4 點多左右，又其在○○醫院看診時間，未曾到外面的診所去看診，原處分業將其星期五中午看診排除不列虛報。
5. 張○○醫師受訪表示，其於星期一、二、三早上在申請人診所內看診，星期一下午、星期三下午及星期四下午前往巡迴點看診。之後，星期四下午巡迴醫療服務改為星期二下午巡迴看診。又 102 年間星期四上午有去○○診所看診，最近星期四上午在申請人診所看診，目前週四下午沒有看診，且依該署

102 年 9 月 27 日健保○字第 0000000000 號函核定張○○醫師自 102 年 10 月 1 日起變更巡迴醫療服務地點，申請人診所並不符「應邀出診」相關規定，惟申請人診所卻以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，向該署申報 102 年 10 月 1 日至 102 年 11 月 30 日期間之○○鄉○○村、○○村（戶籍地）的保險對象於申請人診所內由張醫師看診之醫療費用。

乙、申請人主張依法應邀出診部分

1. 申請人診所雖主張應邀出診(含曾姓保險對象及以張○○醫師名義申報○○鄉保險對象星期四下午就診)，惟未能提出佐證，空言主張，已難推翻違規事實之認定。
2. 承上所述，「應邀出診」係指應情況危急或行動不便之病人之邀往診，且非屬定時發生之狀況，惟查申請人診所申報曾姓保險對象看診病名為頭痛、急性上呼吸道感染、接觸性皮膚炎及其他濕疹等，另多位○○鄉○○村、○○村保險對象於 102 年 10 月 1 日至 11 月 30 日期間看診之醫療費用計 244 筆，就診時間固定於前開期間每星期四下午，看診病名多為關節痛、便秘、後發性白內障、急性上呼吸道感染等，尚難認屬符合前開「應邀出診」條件。
3. 況申請人診所就「應邀出診」乙事，早已於 100 年 11 月 10 日洽詢健保署，並經健保署以 101 年 1 月 20 日健保○字第 0000000000 號函釋示，以及 102 年 4 月曾向○○縣政府申請應病患邀往看診，復經○○縣政府函復不予同意，業經前開健保署意見書陳明在卷，已如前述，顯見相關單位已告知應邀出診之相關規範，申請人診所在明知其不符合「應邀出診」之規定下，卻仍一再向健保署申報該等保險對象未於其診所內看診之醫療費用，事後再持「應邀出診」之詞，冀邀免責，即難採信。
4. 又查「保險醫事服務機構之醫師於執業處所外，為保險對象提供之醫療服務，非依法令規定，經報准支援及報經保險人同意，本保險不予給付。保險醫事服務機構得報經保險人同意，指派其所屬醫事人員至山地離島地區，以巡迴醫療方式為保險對象提供服務。」為特約及管理辦法第 24 條所明定，本件申請人雖經健保署同意其診所張○○醫師於 102 年每星期四下午至○○縣○○鄉(○○村、○○村)巡迴醫療，但嗣經申請人申請變更後，健保署已以 102 年 9 月 27 日健保○字第 0000000000 號函同意張○○醫師自 102 年 10 月 1 日起變更為每星期二下午至○○縣○○鎮巡迴醫療，亦即申請人自 102 年 10 月 1 日即不得於每星期四下午至○○縣○○鄉執行巡迴醫療，並向健保署申報巡迴醫療之費用，則申請人縱於 102 年 10 月 1 日起

之星期四下午至○○縣○○鄉為民眾看診，既未報經健保署同意，依前揭規定，健保即不予給付，申請人將未經報准而本保險不給付之巡迴醫療費用，佯以一般門診看診代號(案件代號 09)向健保署申報費用，已該當於特約及管理辦法第 39 條第 4 款規定「其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用」要件。

丙、申請人主張登記醫師錯誤部分

1. 查蕭姓、李蔡姓、蔡林姓、鄭吳姓及邱姓等 5 位保險對象於接受健保署訪查訪問時明確證稱，申請人診所劉○○醫師並未幫其看診等語；邱姓保險對象（受雇於申請人診所）於接受健保署訪查訪問時證稱，102 年暑假後劉○○醫師全家搬到臺中，未見到劉醫師出現在申請人診所；潘姓保險對象（受雇於申請人診所）於受訪時亦證稱，其確定 102 年 9 月小學開學後，其上班時間都沒再看到劉○○醫師來申請人診所看診等語；惟申請人卻向健保署申報 102 年 10 月 1 日至 103 年 2 月 18 日以劉○○醫師名義看診之醫療費用，已如前述。
2. 查申請人診所於前掲期間，以劉○○醫師名義向健保署申報看診醫療費用已達 98 筆(含蕭姓、李蔡姓、蔡林姓、鄭吳姓及邱姓等 5 位保險對象)，與一般單純零星個案誤鍵醫師名稱有別，劉○○醫師既已數月未於申請人診所看診，申請人卻仍持續以其名義申報費用，難認適法，所稱病人都有生病，醫師登記錯誤云云，核難執為免罰之論據。

(四) 綜上，健保署處以申請人診所停止特約 3 個月，負責醫師劉○○於停止特約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，並無不合，原核定應予維持。

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 項暨第 25 條規定，審定如主文。

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。

一、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條第 4 款

「保險醫事服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人予以停約一個月至三個月。但於特約醫院，得按其情節就違反規定之診療科別、服務項目或其全部或一部之門診、住院業務，予以停約一個月至三個月：四、其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用。」

二、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 47 條第 1 項

「保險醫事服務機構受停約或終止特約，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，於停約期間或終止特約之日起一年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予以支付。」

三、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條違約處分裁量基準第 2 點第 3 款

「保險醫事服務機構經查有本辦法第三十九條情事之一者，依其情節處停約一至三個月：（三）保險醫事服務機構違約申報醫療費用，點數超過五萬點，且無本辦法第四十三條所定情事之一者，處停約三個月。」

案情摘要

特約藥局申報藥事費用按合理調劑量系統設定分配申報藥事人員，難認符合核實申報之規定，且依行政罰法第 7 條，申請人藥局應就其藥局以不正當行為或以虛偽方式申報醫療費用之行為，負故意過失之責。

請求事項	撤銷原核定。
審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	
<p>一、健保署訪查期間：104 年 1 月 5 日至 2 月 9 日。</p> <p>二、違規事實—藥事人員未執行藥品調劑業務，卻申報藥事服務費 申請人藥局登記執業之藥事人員蕭○○於○○上班期間，未至申請人藥局執行藥品調劑業務，惟申請人藥局卻以蕭○○名義向健保署申報 102 年 1 月至 103 年 3 月未實際調劑之藥事服務費 3,834 筆，計 16 萬 5,654 點。</p> <p>三、104 年 4 月 2 日健保○字第 0000000000 號函（初核） 處申請人藥局停止特約 3 個月，期間自 104 年 7 月 1 日起至 104 年 9 月 30 日止，負責藥事人員葉○○於停止特約期間，對保險對象提供之藥事服務費用，不予支付。</p> <p>四、104 年 6 月 2 日健保○字第 0000000000 號函（複核） 申請人藥局申請複核，健保署重行審核，認為除申請人藥局藥事人員蕭○○ 103 年 1 月 17 日於○○有請假紀錄，予以排除申請人藥局申報藥事服務費計 1,206 點不列入違規事證範圍外，其餘違規事證具體明確，不足以推翻原核定，經重新核算虛報金額計 16 萬 4,448 點，處予停約 3 個月並無不當，仍維持原核定。</p>	
理 由	
<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 81 條第 1 項。</p> <p>(二) 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下簡稱特約及管理辦法）第 39 條第 4 款及第 47 條第 1 項。</p> <p>(三) 特約及管理辦法第 39 條違約處分裁量基準第 2 點第 3 款。</p> <p>二、卷證</p> <p>健保署處理涉及違規院所到場陳述意見紀錄、特約機構基本資料作業電腦查詢畫面、醫事機構醫事人員現況清單查詢畫面、醫事人員執業經歷查詢畫面、健保署與○○連繫單、○○102 年 1 月至 103 年 4 月勞工簽到簿、○○104 年 5</p>	

月 27 日○字第 0000000000 號函、○○蕭○○請假資料等影本、健保署意見書及補充意見書。

三、審定理由

- (一) 依卷附前開相關資料顯示，本件係健保署辦理「清查藥事人員掛牌查核專案」，於 104 年 1 月 5 日至 2 月 9 日進行行政調查，發現申請人藥局執業藥事人員蕭○○於○○上班期間，未至申請人藥局執行藥品調劑業務，惟申請人藥局卻以蕭○○名義申報藥事服務費，除經原核定論明者外，並有經申請人藥局負責藥事人員葉○○及執業藥事人員蕭○○簽名確認之到場陳述意見紀錄、○○勞工簽到簿等影本附卷可稽。
- (二) 申請人主張 1. 兼職藥師蕭○○在○○從事研究性質之責任制工作，健保署所舉簽到表僅能證明蕭○○當天有到院，無從推論簽到後蕭○○確切所處地點，健保署罔顧責任制工作性質得任意離院之可能，認為簽到表之證明能力較高，逕以簽到表日期扣除有請假者，勾稽與申報調劑時間有衝突者認有虛報情事，將所有不利益認定由該藥局概括承受，極不公允；2. 其藥局負責藥事人員葉○○陳述關於上傳系統有 80 張不等的檻級預設，前提為蕭○○藥師與其同時當班並共同完成調劑作業，電腦系統方有此情形，是以，不能以葉○○藥師之片面陳述，遽認此為蕭○○藥師沒來藥局調劑時之申報處理方式；3. 又特約及管理辦法第 39 條第 4 款所定「不正當之行為」或「虛偽」本質上係以明知、故意為內涵，本案至多僅有申報時段上之誤失，不存在負責藥事人員故意以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用等事由，核屬無心之失云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

1. 健保署意見書及補充意見書陳明，略以：

- (1) 經該署函調○○所提供之申請人藥局執業藥事人員蕭○○之簽到表、請假紀錄，詳細記載上下班時間，且皆經該單位主管蓋章確認，並由專人管理，此與本案無涉之第三人機關所提供之經多層管理之簽到表，證明能力遠高於申請人藥局所稱處方箋上藥師蓋章之證據資料，故該署以○○之簽到表、請假紀錄、費用申報資料等作為申請人藥局違規事項之認定，並無不當。
- (2) 又該署以○○至申請人藥局車程約 30 分鐘，將蕭○○於○○簽退時間 30 分鐘內申請人藥局申報之藥事服務費認列虛報，申請人藥局申請爭議審議後，經該署重新審核，下列 5 筆藥事服務費係誤植為虛報，惟查申請人藥局違規點數仍達 16 萬多點，故不影響申請人藥局停約 3 個月之裁處：

申報日期	調劑時間	藥事服務費	○○簽到時間
------	------	-------	--------

102/04/19	17:51	66	08:15-17:20
102/04/19	18:00	45	08:15-17:20
102/04/19	18:04	45	08:15-17:20
102/08/12	18:01	45	08:15-17:30
102/10/16	18:01	45	08:10-17:30

2. 本件申請人藥局負責藥事人員葉○○於104年2月9日至健保署陳述意見時，表示該藥局申報藥事服務費方式為「健保卡上傳系統電腦預設會先以其名義上傳80張處方箋，第81張到第160張處方箋會以蕭○○藥師名義上傳，第161張以後會再以其名義上傳。」等語，足見申請人藥局申報藥事費用之電腦系統係按合理調劑量預為設定分配申報藥事人員，其系統設計立意已難認符合核實申報之規定，申請人事後雖改稱系統預設之前提為蕭○○藥師與其藥局負責藥師葉○○同時當班並共同完成調劑作業云云，惟姑不論申請人藥局負責藥事人員葉○○於至健保署陳述意見時，已同時自承不清楚電腦公司如何處理或申報藥局費用等語，且申請人對於蕭○○藥師於該藥局之出勤執業情形亦未舉證說明，所稱自難執為本案之論據。
3. 承上，本件健保署依○○提供之蕭○○出勤及請假紀錄，認定申請人於蕭○○於○○上班期間及簽退後30分鐘內至申請人藥局之車程期間，蕭○○無法至申請人藥局調劑，乃認申請人以蕭○○名義申報藥事服務費為虛偽不當，即屬有據，而經排除該署前開補充意見書所指誤植虛報之5筆藥事服務費246點後，按申請人藥局以蕭○○名義不當申報件數核算藥事服務費仍達16萬4,202點，健保署據以認定申請人藥局之違規情節已該當特約及管理辦法第39條第4款所定「以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用」之構成要件，並依前揭特約及管理辦法第39條違約處分裁量基準第2點第3款規定，裁罰停止特約3個月，經核尚無不合。
4. 又申請人藥局與健保署訂有全民健康保險特約醫事服務機構合約，本應遵守相關規範辦理全民健康保險醫療業務，依法、依約提供醫療服務，並應盡誠實申報之義務，且依行政罰法第7條，申請人藥局自應就其藥局以不正當行為或以虛偽方式申報醫療費用之行為，負故意過失之責，申請人藥局以「不正當之行為」或「虛偽」本質上係以明知、故意為內涵，而其藥局至多僅有申報時段上之誤失為由，冀邀免責，所稱核有誤解。

(三) 法律適用結果

綜上，健保署處以申請人藥局停止特約3個月，負責藥事人員葉○○於停止

特約期間，對保險對象提供之藥事服務費用，不予支付，並無不合，原核定應予維持。

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 項暨第 25 條規定，審定如主文。

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 81 條第 1 項

「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付、申請核退或申報醫療費用者，處以其領取之保險給付、申請核退或申報之醫療費用二倍至二十倍之罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因該事由已領取之醫療費用，得在其申報之應領醫療費用內扣除。」

二、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條第 4 款

「保險醫事服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人予以停約一個月至三個月。但於特約醫院，得按其情節就違反規定之診療科別、服務項目或其全部或一部之門診、住院業務，予以停約一個月至三個月：四、其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用。」

三、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 47 條第 1 項

「保險醫事服務機構受停約或終止特約，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，於停約期間或終止特約之日起一年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。」

四、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條違約處分裁量基準第 2 點第 3 款

「保險醫事服務機構經查有本辦法第三十九條情事之一者，依其情節處停約一至三個月：（三）保險醫事服務機構違約申報醫療費用，點數超過五萬點，且無本辦法第四十三條所定情事之一者，處停約三個月。」

案情摘要

特約藥局與健保署訂有全民健康保險特約醫事服務機構合約，申報費用時應盡誠實申報之義務，卻長期租（借）牌執業登記，藉以規避合理調劑量計算，該藥局以未實際調劑藥師名義申報藥事服務費，即屬虛偽不當。

請求事項	撤銷健保署 104 年 7 月 15 日健保○字第 0000000000 號函。
審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	
<p>一、訪查日期：104 年 1 月 12 日至 16 日。</p> <p>二、健保署認定之違規事實：虛報藥事服務費</p> <p>申請人藥局執業登記藥事人員張○○（登錄執業期間 101 年 6 月 1 日至 103 年 5 月 12 日），未曾於申請人藥局執行藥品調劑業務，惟申請人卻仍以張○○名義申報藥事服務費計 111 萬 3,944 點。</p> <p>三、健保署 104 年 5 月 11 日健保○字第 0000000000 號函（初核）裁處內容</p> <p>申請人藥局雖於 103 年 5 月 13 日與健保署終止合約，惟前揭違規申報藥事服務費情事係發生在合約有效期間，故仍處申請人藥局自 104 年 8 月 1 日起終止特約，並自終止特約之日起 1 年內不得再申請特約；申請人藥局負責藥事人員張○○及負有行為責任之張○○藥師自終止特約之日起 1 年內，對保險對象提供之醫療服務費用，均不予支付。</p> <p>四、健保署 104 年 7 月 15 日健保○字第 0000000000 號函（複核）</p> <p>申請人申請複核，經健保署重行審核，認為違規事證明確，仍維持原核定。</p>	
理 由	
<p>一、依據</p> <p>全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下簡稱特約及管理辦法）第 40 條第 1 項第 2 款、第 2 項、第 43 條第 4 款及第 47 條第 1 項。</p>	
<p>二、卷證</p> <p>業務訪查訪問紀錄、交付調劑醫療費用明細表等影本及健保署意見書。</p>	
<p>三、審定理由</p> <p>（一）依卷附前開相關資料顯示，本件係健保署執行「清查藥事人員掛牌查核專案」，發現申請人藥局執業登錄藥事人員張○○，其執業地點與健保投保單位不同，乃於 104 年 1 月 12 日至 16 日期間派員訪查申請人藥局負責藥事人員張○○及執業藥師張○○，發現張○○於 101 年 6 月 1 日至 103 年 5 月 12 日執業登錄於申請人藥局期間，未曾於申請人藥局執行藥品調劑業務，惟申請人卻仍以張○○名義申報藥事服務費計 111 萬 3,944 點之違規情事，除經</p>	

原核定論明者外，並有經申請人藥局負責藥事人員張○○簽章確認之業務訪查訪問紀錄等影本附卷可稽，申請人藥局有前開違規事實，足堪認定。

(二) 本件申請人對於張○○未曾至其藥局執行藥品調劑業務之事實並不爭執，惟主張 1. 依釋字第 711 號解釋可知，藥師執業處所並非僅以一處為限，故藥師執業登記處，非由登記之藥師親自執行業務，並不違法，只要有合格之藥師親自執業，就不違反藥師法相關規定；2. 其藥局依法聘有合格之藥師親自執業，並非僅有掛牌藥師而沒有合格藥師或根本沒有藥師執業之情形，並沒有違反全民健康保險法第 81 條「不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用」之情形，就無構成特約及管理辦法處以終止特約之要件，且對於其藥局負責藥師張○○不予支付費用，就失其附麗，於法無據，並有違憲法第 15 條規定而有剝奪藥師之生存權和工作權云云，惟所稱核不足採，分述如下：

1. 健保署意見書陳明，略以：

(1) 申請人對於張○○藥師 101 年 6 月 1 日起至 103 年 5 月 12 日登錄執業期間，未曾於申請人藥局執行藥品調劑業務，卻以張○○藥師名義不實申報藥事服務費共計 111 萬 3,944 點之情事，未有爭執，且申請人長期向張○○藥師租（借）牌執登，冀圖規避合理調劑量計算，即已該當行為時全民健康保險法第 72 條、特約及管理辦法第 40 條第 1 項第 2 款及第 43 條第 4 款之構成要件，該署予以究罰，於法有據。

(2) 該署依特約及管理辦法第 47 條第 1 項規定所為處分之效果，僅係針對負責藥師就「健保給付」部分發生不予給付之影響，對該等醫事人員依相關醫事專門職業法規規定執行業務，並不生影響，自無違憲法第 15 條規定。

2. 本件除經健保署前開意見書論明外，經本部審查卷附資料，認為：

(1) 查申請人藥局與健保署訂有全民健康保險特約醫事服務機構合約，申請人藥局申報費用時應盡誠實申報之義務，且申請人向健保署申報醫療費用時，依「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」規定，應逐一按欄位如實填具完整之醫療費用申報表單，含總表、點數清單、醫令清單，自需於資料名稱為「藥師代號」之欄位鍵入實際調劑處方箋藥事人員之國民身分證統一編號或外籍居留證號。本件張○○藥師既從未實際至申請人藥局調劑藥品，為不爭之事實，是申請人自不得以張○○名義申報藥事服務費，則申請人藥局於前開 101 年 6 月 1 日至 103 年 5 月 12 日期間以未實際調劑之張○○名義申報藥事服務費，即屬虛偽不當。

(2) 本件申請人有前揭虛偽申報張○○未調劑之藥事服務費達 111 萬 3,944 點之情事，已該當於特約及管理辦法第 40 條第 1 項第 2 款及第 43 條第 4 款

所定「以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，情節重大。」及「第 40 條第 1 項第 2 款所稱情節重大，係指違約虛報點數超過 25 萬點。」之構成要件，健保署處以申請人藥局終止特約，於法尚無不合。

(三) 法律適用結果

- 綜上，健保署處以申請人藥局終止特約、自終止特約之日起 1 年內不得再申請特約，申請人藥局負責藥事人員張○○於停約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，並無不合，原核定關於此部分應予維持。
- 至申請人對其中張○○受處分部分，主張不予支付張○○藥師費用，於法無據，並有違憲法第 15 條規定而有剝奪該等藥師之生存權和工作權一節，核屬張○○自行主張權益是否受有損害而得提起救濟之範疇，對於申請人之權益並不生影響，張○○既未委託申請人代為申請審議，則張○○若有不服，得另案申請審議，此部分尚非本件所得審究，併予敘明。

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 項暨第 25 條規定，審定如主文。

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、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 40 條第 1 項第 2 款及第 2 項「保險醫事服務機構有下列情事之一者，保險人予以終止特約。但於特約醫院，得按其情節就違反規定之診療科別、服務項目或其全部或一部之門診、住院業務，予以停約一年：二、以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，情節重大。」「依前項規定終止特約者，自終止之日起一年內，不得再申請特約。」
- 二、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 43 條第 4 款
「第四十條第一項第二款、第四款所稱情節重大，指下列情事之一：四、違約虛報點數超過二十五萬點。」
- 三、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 47 條第 1 項
「保險醫事服務機構受停約或終止特約，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，於停約期間或終止特約之日起一年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。」

案情摘要

特約診所對於保險對象同日兩次以上門診，由同一醫師診療者，應以合併申報為原則，惟本件特約診所就保險對象同次看診2種疾病，卻刷取2次健保卡向健保署申報2次診察費，核屬虛報，健保署處以停止特約1個月，並管制負責醫師，並無不合。

請求事項	從輕審議，撤銷停約1個月之處分。
審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	
<p>一、訪查期間：103年8月26日至10月14日。</p> <p>二、違規事實—以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用</p> <p>(一) 保險對象有蔡姓甲、乙、張姓、楊李姓、陳姓甲、乙、林姓、潘姓、南姓、莊姓、李姓及潘鄒姓等12位。</p> <p>(二) 上開保險對象表示，其等至申請人診所就診，同日同時看2種疾病，惟申請人診所卻同日刷2次健保卡，並向健保署申報該等保險對象103年1月至7月間多筆同日看診2次之醫療費用，虛報診察費，以及未開給高血壓藥，卻申報高血壓藥費，共計3,995點。</p> <p>三、103年11月20日健保○字第000000000號函裁處內容</p> <p>(一) 停止特約1個月，申請人診所負責醫師程○○於停止特約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。</p> <p>(二) 追扣不當申報之醫療費用新臺幣（下同）3,919元（3,995點）。</p> <p>四、申請人就停止特約及其診所負責醫師於停止特約期間提供之醫事服務費用不予支付之核定部分申請複核，經健保署以103年12月8日健保○字第000000000號函核復仍維持原核定，並於104年1月9日同意暫緩停止特約之執行。</p> <p>五、申請理由及到場陳述意見要旨</p> <p>(一) 其診所負責醫師鑑於○○縣○○鄉為僅有3間診所、1間衛生所、看診期間皆僅半日、例假日皆休診之醫療資源貧乏地帶，毅然決然離開大型醫院，於101年10月16日於該鄉開業，自行經營，且周遭除其診所外，就沒有其他醫療機構。其診所為服務鄉里，週間全日看診、週六半日看診，於國定假日及過年期間亦會開診替病人服務，由於甫自行開業，對於診所之經營及行政法相關規範實務不甚知悉，仍停留在大型醫院服務之觀念，認為求診不同科別，應分別掛號，故若求診之病患，有應分屬不同科之慢性病時，會請病患</p>	

再提供健保卡刷卡，並不知悉此等行為是違法，非屬故意。此外，由於看診人數眾多，自 103 年 1 月至 7 月之看診人數高達 1 萬 3,738 人次，可知負責醫師平日甚為忙碌於治療照顧病患，且○○地處偏遠，醫護行政人才少之又少，負責醫師除看診外尚須處理包藥、發藥等事項，實無心力再注意健保卡刷卡相關規範及實際刷卡情形，才會遭致本件違規情事發生，請給予機會，不中斷服務偏遠地區居民。

- (二) 又其診所負責醫師係偶然於 103 年 7 月間因支援○○診所之醫療業務（於 103 年 6 月始支援），得知重複刷健保卡之行為違反規定後，即立即停止其診所看不同科別重複刷卡之行為，且依健保署 103 年 11 月 20 日健保○字第 0000000000 號函附表違規說明所稱 12 位病患之病歷首頁、醫令清單及處方箋，可知該 12 名病患雖於同日看診，惟確實所診療之疾病皆不相同；或是同日不同時間點因不同疾病而到其診所看診，更可證明其診所確實係因為不知重複刷卡為違規行為，並非故意虛報費用，且所領取之利益僅為 3,919 元，停診 1 個月嚴重影響生計，亦將使患者因中斷使用藥物而病情惡化，請從輕審議，撤銷停約 1 個月之處分。
- (三) 如果其診所有想佔健保便宜的話，在 1 萬 3 千多人次這麼大的門診量，不會只有 12 位病患，且其診所負責醫師確實是提供病患 2 次醫療服務。

理 由

一、法令依據

- (一) 全民健康保險法第 81 條第 1 項。
(二) 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下簡稱特約及管理辦法）第 39 條第 4 款及第 47 條第 1 項。

二、卷證

業務訪查訪問紀錄、保險對象門診就醫紀錄明細表、病歷資料及特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單等影本、健保署意見書及補充意見。

三、審定理由

- (一) 依卷附前開相關資料顯示，本件係健保署辦理 103 年「健保 IC 卡刷卡異常查核專案」，發現申請人診所只有 1 名醫師，103 年 4 月至 6 月同日 2 刷並申報醫療費用筆數為轄區執登 1 名醫師之西醫診所中最高，疑有異常，乃於 103 年 8 月 26 日至 10 月 14 日期間派員訪查申請人及保險對象，發現申請人診所有保險對象同日同時看 2 種疾病，申請人卻刷 2 次健保卡，申報 2 筆醫療費用，虛報其中 1 筆診察費（健保署 103 年 11 月 20 日函附表編號 12 係潘鄧姓保險對象誤載為李姓保險對象，虛報醫療費用核算表就醫日期

103034 為 1030324 之誤植），以及多報李姓保險對象 28 日份高血壓藥費之情事，除經原核定論明者外，並有經各該保險對象簽名確認之業務訪查訪問紀錄、保險對象門診就醫紀錄明細表、病歷資料及特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單等影本附卷可稽，復為申請人所不否認，則健保署認定申請人有虛報醫療費用之違規情事，核屬有據。

(二) 申請人檢附其診所門診診療次數月報表(總表)、蔡姓甲等 12 位保險對象之病歷及 103 年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案執行成果報告等資料，主張該 12 位保險對象至其診所診療之疾病皆不相同，或是同日不同時間點因不同疾病而就診，其診所因不知重複刷卡為違規行為，確實提供病患 2 次醫療服務，並非故意虛報費用，其診所 103 年 1 月至 7 月看診人數高達 1 萬 3,738 人次，如想佔健保便宜，不會只有 12 位病患，請給予機會，不中斷服務偏遠地區居民云云，惟所稱核難執為本案免責之論據，分述如下：

1. 健保署意見書及補充意見書陳明，略以：

(1) 該署辦理 103 年「健保 IC 卡刷卡異常查核專案」，申請人診所只有 1 名醫師，103 年 4 月至 6 月同日 2 刷並申報醫療費用筆數 115 筆，為轄區執登 1 名醫師之西醫診所中最高，疑有異常，故為本專案查核診所。

(2) 前開 115 筆資料中，部分或年幼、或年長、或身體狀況不佳、或無法正常表達、或人在外地、或拒訪等因素，實際訪問 17 名保險對象，查獲該診所有虛浮報 12 名保險對象醫療費用情事。

2. 依醫療法第 18 條第 1 項規定：「醫療機構應置負責醫師一人，對其機構醫療業務，負督導責任。」，申請人診所負責醫師負有督導該診所執行醫療業務，並據實申報醫療費用及檢查其正確性之責任。

3. 又依行政罰法第 8 條規定：「不得因不知法規而免除行政處罰責任。但按其情節，得減輕或免除其處罰。」，是特約醫事服務機構如就特約及管理辦法第 39 條第 4 款規定構成要件之事實有故意或過失，依規定即應處罰。

4. 查健保署訂定供特約醫事服務機構申報醫療費用依據之「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」註 16 已載明：「同日兩次以上門診，由同一醫師診療者，以合併申報為原則，健保卡 IC 卡登錄累計一次就醫次數。」，又申請人審議理由亦自陳其診所負責醫師於 103 年 7 月間支援○○診所之醫療業務，得知重複刷健保卡之行為違反規定等語，在佐證健保署已明確規範保險對象由同一醫師診療二種疾病，應合併申報，且該規範為特約醫事服務機構所知悉，申請人即難以不知規定，冀邀免責。

5. 沈本件系爭 12 位保險對象接受健保署訪問時均明確證稱，系爭就醫日期是同時看 2 種疾病、沒有分 2 次看診或看病時順便告訴醫師有感冒症狀，醫師同時開藥等語，且申請人診所負責醫師程○○於 103 年 10 月 14 日接受健保署訪問時自陳：「病人同時來看兩種疾病，本診所就刷 2 次健保卡，分開申報 2 筆醫療費用，掛號費及部分負擔僅收 1 次，本診所自 103 年 8 月份以後已改進這種錯誤申報。」等語，申請人事後再執該 12 位保險對象有同日不同時間點因不同疾病而就診云云，核不足採。
6. 承上，申請人有就系爭保險對象同日就醫 1 次看診 2 種疾病，申請人卻刷取 2 次健保卡向健保署申報 2 次診察費之違規事實，洵堪認定。
7. 至申請人所稱其診所所在之○○縣○○鄉為醫療資源貧乏地區，且其診所停約 1 個月將使患者中斷使用藥物而病情惡化云云，復經健保署補充意見陳明，略以○○縣○○鄉除申請人診所外，另有 2 家診所、1 家衛生所，都集中在○○鄉○○村，且○○鄉南邊鄰近○○縣○○鎮，有衛生福利部○○醫院○○分院，北邊鄰近○○縣○○鄉，有衛生福利部○○醫院○○分院等語，是以，保險對象於申請人診所停約期間，於○○縣○○鄉或鄰近地區尚非無健保特約醫事服務機構得適時提供醫療服務，所稱亦難執為本案免罰之論據。
- (三) 綜上，健保署處以申請人診所停止特約 1 個月，該診所負責醫師程○○於停止特約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，均無不合，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 項暨第 25 條規定，審定如主文。

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 81 條第 1 項

「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付、申請核退或申報醫療費用者，處以其領取之保險給付、申請核退或申報之醫療費用二倍至二十倍之罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因該事由已領取之醫療費用，得在其申報之應領醫療費用內扣除。」

二、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條第 4 款

「保險醫事服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人予以停約一個月至三個月。但於特約醫院，得按其情節就違反規定之診療科別、服務項目或其全部或一部之門診、住院業務，予以停約一個月至三個月：四、其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用。」

三、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第47條第1項

「保險醫事服務機構受停約或終止特約，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，於停約期間或終止特約之日起一年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。」

案情摘要

特約診所未實際診治保險對象，而係由多位保險對象持本人或家人健保 IC 卡換取藥布、鈣片、維他命、藥品及現金 80 元等，並以虛偽之病歷向健保署申報健保給付，不實申報筆數達 1 萬 6,695 筆，影響就診病患之權益，更嚴重侵蝕全民健保制度之財務根基，健保署處以終止特約，並自終止之日起 1 年內不得再申請特約，負責醫師自終止特約之日起 1 年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，核無不合。

請求事項	原核定撤銷，另為適法之核定。
審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	
一、訪查期間：101 年 4 月 17 日至 103 年 4 月 29 日。	
二、違規事實	
(一) 未經醫師診斷逕行提供醫事服務	
1. 保險對象有黃姓、何姓、江姓、陳姓乙、李施○○及林李○○等 6 位。	
2. 受訪保險對象表示或由其幫家人領藥(李施○○及林李○○)或委託朋友、鄰居、母親幫其等至申請人診所拿藥，未親自就診(黃姓、何姓、江姓、陳姓乙)，惟申請人診所卻向健保署申報渠等 100 年 6 月至 102 年 11 月期間多筆醫療費用計 2 萬 1,060 點。	
(二) 未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務	
何姓保險對象表示其因失眠問題而委託鄰居及親自就診，從未因慢性膀胱炎及泌尿系統問題至申請人診所就診，惟申請人診所卻向健保署申報該保險對象病名為慢性膀胱炎之 102 年 4 月至 10 月期間 3 筆醫療費用計 810 點。	
(三) 虛報醫療費用	
1. 保險對象有王姓、張姓甲、乙、高○○、包姓、林方姓、方○○、黃○○、林○○、張方○○、張○○、方○○、陳○○、朱方○○、朱○○、林○○、高姓、趙姓甲、乙、侯姓、沈姓、龔姓、林姓、○○、雷○、娃○、黃姓、陳姓甲、胡○○、陳○○、陳○○、方姓、許○○、李○○、方○○、方○○、方○○、方○○、方○○、吳姓、李○○、馮○○、趙○○、趙○○、趙○○、趙○○、趙○○、趙○○、趙○○等 48 位。	
2. 受訪保險對象表示或其未至申請人診所看診，或係拿其本人或親友健保卡換藥布、鈣片、維他命、藥品及現金新臺幣(下同) 80 元等，或由其家人拿其健保卡去拿藥，或借健保卡給朋友，惟申請人診所卻向健保署申報渠等	

99 年 1 月至 102 年 12 月期間多筆未就診之醫療費用計 88 萬 310 點(其中 3 年裁處權時效內之醫療費用為 60 萬 3,590 點)。

三、103 年 6 月 27 日健保○字第 0000000000 號裁處內容

- (一) 未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫療服務及未經醫師診斷逕行提供醫事服務部分
扣減醫療費用之 10 倍金額。

(二) 虛報醫療費用部分

處申請人診所自 103 年 9 月 1 日起終止特約，並自終止之日起 1 年內不得再申請特約，申請人診所負責醫師方○○自終止特約之日起 1 年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予以支付。

四、103 年 8 月 22 日健保○字第 0000000000 號裁處內容

- (一) 未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務及未經醫師診斷逕行提供醫事服務部分

追扣醫療費用 2 萬 1,870 點(2 萬 549 元)及扣減 10 倍醫療費用 20 萬 5,490 元。

(二) 虛報醫療費用部分

追扣醫療費用 88 萬 310 點 (82 萬 7,143 元)。

- (三) 核算申請人診所醫師說明帳本登載不實申報件數排除三之(二)重複筆數後應再行追扣 367 萬 2,874 點 (345 萬 1,047 元)。

- (四) 以上追扣及扣減 10 倍醫療費用共計 450 萬 4,229 元。

五、申請人對前開 2 函分別申請複核，健保署於 103 年 8 月 8 日及 10 月 8 日分別核復，仍維持原核定。

六、申請人先後就前開裁處分別向本部申請審議，本部乃併案審理。

七、申請理由及補充理由要旨

- (一) 其診所固然坦承有違約情形，但核定函附表之違約情形，並非全部實在，其中有許多保險對象皆有親自看診，原處分機關以保險對象至其診所就醫之全部次數皆認定為虛假之認定有誤，分述如下：

1. 林方姓保險對象：

- (1) 該保險對象陳述雖然有時其二姊、母親、胞妹、二姊夫、次子及其本人也會因感冒至診所看診，但次數很少，故上開人員確實有部分次數為真正看診給藥。

- (2) 健保署複核雖稱，該署比對其診所經司法機關查獲 99 年 1 月至 102 年 11 月間醫師自行登載之帳本，先行排除實際就醫件數後，始認列其診所虛報

件數等語，但健保署僅訪談林方姓保險對象，並未訪談其家人，且似乎認定林方姓家人之刷卡看病全部是虛假，健保署認定事實欠缺嚴謹。

(3)又健保署複核函並未說明該帳本登載之真意為何？登載內容何者為真？何者為假？致其診所無從說明，且未說明林方姓家人就醫總次數，若干次為真？若干次數為假？過於簡略，其診所亦無從詳細說明。

2. 沈姓保險對象：

(1)該保險對象為中風患者，多次由其女兒及家屬陪同看診，領取中風或排尿相關藥物，不可能只來1、2次，且未向其女兒查證，亦有疏漏。

(2)原處分機關雖比對帳本，但未說明比對結果。

3. 龔姓保險對象：

(1)該保險對象陳述曾到診所看病，每年大約去3、4次，其診所記得該病患曾多次就診，其診所開給痔瘡藥物多次，1年不止3、4次，且未訪談其胞兄查證，亦有疏漏。

(2)原處分機關雖比對帳本，但未說明比對結果。

4. 陳姓乙保險對象：該保險對象至診所主要看失眠，初診有親自去少數幾次，其次數都是去櫃檯要求護士按照上次處方開立，也有委託其母親至診所幫其直接拿處方箋。該患者陳述至少有給其診所看診幾次，其診所雖曾僱用林方姓保險對象，但其任職僅到100年9月18日，且不會操作電腦，故該保險對象稱其要求護士按照上次處方開立，顯與事實不符，此部分未向林方姓保險對象查證，亦有疏漏。

5. 李姓保險對象：該保險對象陳述其母親、姑姑及外甥女均有因失眠而親自去診所看診，初診都有去，之後有時會請其幫渠等領藥。故上開人員確實有部分次數為真正看診給藥，且原處分機關認列虛假次數若干？皆未說明，如該病患及家人僅就醫23次，原處分機關認列23次為虛假，即屬有誤。

6. 其餘保險對象或多或少皆有真正看診，但原處分機關僅訪談部分病患，且其診所自行登載之帳本，原處分機關未給予其詳細說明之機會，103年4月29日並未傳其診所說明，健保署複核決定稱給予其診所2度說明，顯與事實不符。

(二) 其診所於本案處罰期間，保險對象就醫件數約2萬筆，原處分機關認定虛報筆數約1萬6,000筆，高達8成為虛報，認定依據為其診所自行登載之帳本，該帳本部分病患前有打○之符號，為藥局自備之藥品，未打○者為其診所購買藥品交由藥師調劑，此帳本為其診所每日與藥局對帳所用，並非表示何者為真？何者為假？原處分機關逕認定未打○者皆屬虛報，顯屬恣意臆測。

- (三)依全民健康保險保險人執行全民健康保險法罰鍰注意事項第8點，保險醫事服務機構於保險人訪查時，以書面或於訪查紀錄中承認違約事實，並願意繳清相關違約申報醫療費用及罰緩者，得按前點各款所處罰鍰減輕2分之1，但不得低於法定罰鍰最低之2倍罰鍰，其診所坦承違約之事實，僅就違約件數有爭執，如加以釐清，其診所願自動繳納，依上開規定罰鍰可減輕2分之1，原處分機關未加以告知及適用，尚有疏漏。
- (四)健保署核算其診所醫師說明帳本登載不實申報件數排除三之(二)重複筆數後應再行追扣1萬3,488筆，367萬2,874點，核算為345萬1,047元，該處分之依據為其診所之「帳本」，然查其診所並未設立帳本，原處分機關所稱之帳本係其診所記錄是否為自行購買而交給藥局調劑之藥品，以利其診所與藥局結算藥品費用，其中註記○為藥局自行購買之藥品，未註記○為其診所購買之藥品，其診所與藥局合作模式為部分常用藥品為其診所出資購買，並放置在其診所，其診所再將部分藥品交給藥局調劑，如藥局告知藥品將用完，其診所再拿部分藥品給藥局，但部分藥品如非其診所常用藥品或管制藥品，就由藥局自行進貨，因其診所出資購買藥品，由藥局申報藥費並取得藥費，須結算數量，藥局於結算時需交給其診所取得藥費90%，10%為藥局成本及行政作業與稅金，此模式在社區診所與藥局間相當普遍，診所可賺取藥價差，藥局可避免囤積藥品之成本與壓力。其診所雖原稱有無註記○，為是否收取掛號費之紀錄，此部分陳述有誤，但不論陳述為何？原處分機關未詳查詢問比對，逕為認定，顯有疏漏。
- (五)與其診所合作之○○藥局，於日前○○地檢署開庭時，亦為相同供述，並稱亦有帳本被查扣，將雙方帳本加以核對，可證明其診所所述為真。

理由

一、依據

- (一)行為時全民健康保險法第72條。
- (二)全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第37條第1項第1款、第2款、第40條第1項第2款、第43條第2款及第47條第1項。
- (三)行為時全民健康保險特約醫事服務機構合約（以下簡稱特約合約）第17條第1項第5款。

二、卷證

業務訪查訪問紀錄、保險對象門診就醫紀錄明細表、99年至102年手寫病患日報表、法務部調查局○○市調查站通知申請人診所相關人員到案說明之供述內容參考一覽表等影本、健保署意見書及補充意見書。

三、審定理由

(一) 依卷附前開相關資料顯示，本件係健保署從檔案分析發現申請人診所異常情形及接獲民眾檢舉申請人診所有以健保卡換取 80 元或物品情事，乃於 101 年 4 月 17 至 103 年 4 月 29 日派員訪查王姓等 23 位保險對象及申請人診所負責醫師，發現申請人診所有未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務、未經醫師診斷逕行提供醫事服務及未診治保險對象，刷取健保 IC 卡換給保險對象藥布、鈣片、維他命、藥品及現金 80 元等虛報醫療費用之情事，除經原核定論明者外，並有經保險對象本人或其家屬簽名確認之業務訪查訪問紀錄、保險對象門診就醫紀錄明細表及 99 年至 102 年手寫病患日報表等影本附卷可稽，上開情事亦為申請人負責醫師方○○所自承，申請人診所違規事實明確。

(二) 申請人雖主張 1. 其診所固然坦承有違約情形，但核定函附表之違約情形，並非全部實在，其中有許多保險對象皆有親自看診，原處分機關認定全部為虛假之認定有誤，如林方姓、沈姓、龔姓、陳姓乙及李姓等 5 位保險對象，原處分機關雖比對帳本，但未說明比對結果；2. 其診所自行登載之帳本，原處分機關未給予其詳細說明之機會，103 年 4 月 29 日並未傳其診所說明，健保署複核決定稱給予其診所 2 度說明，顯與事實不符；3. 該帳本部分病患前有打○之符號為藥局自備之藥品，未打○者為其診所購買藥品交由藥師調劑，此帳本為其診所每日與藥局對帳所用，並非表示何者為真？何者為假？原處分機關逕認定未打○者皆屬虛報，顯屬恣意臆測，其診所雖原稱有無註記○，為是否收取掛號費之紀錄，此部分陳述有誤；4. 其診所坦承違約之事實，僅就違約件數有爭執，如加以釐清，其診所願自動繳納，依全民健康保險人執行全民健康保險法罰鍰注意事項第 8 點規定罰鍰可減輕 2 分之 1 云云，茲查核如下：

1. 健保署意見書及補充意見書陳明，略以：

- (1) 查申請人診所負責醫師方○○於 102 年 12 月 18 日在○○市調查站搜索當日時即已說明如下：
- ①其診所不收掛號費，僅收部分負擔 50 元。
- ②○○市調查站扣押的由其手寫的病患日報表中（即該署處分書所稱之「帳本」），在病患姓名前面用紅色打○者，是表示開慢性病處方箋，藥量為 28 天或 30 天，主要病名為糖尿病、高血壓、失眠等症，在病患姓名後面打勾者是表示該位病患有支付部分負擔，所以打勾，總計 102 年 11 月 1 日當天其向健保署申請 24 人就診，其中 6 人打紅色○，均為領取安眠藥

或慢性病處方箋患者，另外 18 人為一般症狀患者。

③其願意自白承認，其因為年紀較大，平日患者較少，所以其針對部分中低收入戶的病患，如果不需要看病拿藥，刷健保卡後其會給予每人次 80 元的費用，例如 102 年 11 月 1 日趙吳○○（吳姓）持趙○○、趙○○之健保卡過卡，其則當場給趙吳○○240 元，並不收取部分負擔。

④其會拿藥去○○藥局退費的件數中，並不會有慢性病的處方箋，只有簡表的藥品才會拿去○○藥局退費，因為有的藥量是 5 天或 7 天份，所以每個月退藥的件數估計約有 220 件左右，這些件數就是其前述刷病患健保卡後給予每格健保卡 80 元的件數。

(2)該署係依方○○醫師前開詳細答述之內容，在排除有收取部分負擔費用的件數及打紅色○之慢性病處方箋件數後，才認定其餘件數為不實申報，並無申請人所述之違誤情節。

(3)另本案係重大違規案件，該署除依據保險對象受訪說詞，並比對申請人經司法機關查獲 99 年 1 月至 102 年 11 月間醫師自行登載之帳本，排除真正看診之部分後，始認列申請人虛報件數，認事用法，並無違誤，且該署除於 102 年 12 月 18 日請申請人說明外，尚於 103 年 4 月 29 日再次請申請人二度說明，所稱該署未予詳細說明之機會乙事，顯非事實。

2. 本件經本部審核卷附資料，健保署業已依據申請人診所負責醫師方○○及保險對象受訪證詞，並比對申請人診所經司法機關查獲 99 年 1 月至 102 年 11 月手寫病患日報表(帳本)後，排除有收取部分負擔件數及打紅色○之慢性病處方箋件數後，始認定申請人違規件數，並未就其診所全部申報件數全數認定違規，所稱原處分機關認定全部為虛假，核有誤解，茲就申請人例舉之林方姓、沈姓、龔姓、陳姓乙、李施○○及林李○○等 6 位保險對象認列違規情形列表如下：

保險對象	期間	申報件數	健保署認列違規件數
林方姓	99 年 1 月至 100 年 9 月	72 筆	55 筆
沈姓	99 年 1 月至 102 年 12 月	78 筆	74 筆
龔姓	99 年 1 月至 102 年 12 月	117 筆	104 筆
陳姓乙	99 年 10 月至 102 年 3 月	28 筆	23 筆
李施○○	99 年 1 月至 102 年 11 月	46 筆	23 筆
林李○○	99 年 1 月至 102 年 11 月	44 筆	23 筆

3. 另申請人負責醫師於 102 年 12 月 18 日接受健保署訪查訪問時已陳稱，打紅色圈均為領取安眠藥或慢性病處方箋患者等語，已如前述，申請審議時翻異前詞改稱註記○為藥局自行購買之藥品，未註記○為其診所購買之藥品等語，未舉證以實其說，空言主張已難採信。
4. 全民健康保險係增進全體國民健康之重要制度，政府及被保險人為此項制度均支出相當龐大之費用，特約醫事機構本應遵守相關規範辦理全民健康保險醫療業務，對保險對象實際為醫療行為時始得開立處方用藥，再依病情提供之醫療服務內容，據以向健保署核實申報醫療服務點數並領取醫療費用，惟申請人診所卻於 99 年至 102 年期間有未實際診治保險對象，而係由多位保險對象持本人或家人健保 IC 卡換取藥布、鈣片、維他命、藥品及現金 80 元等，並以虛偽之病歷向健保署申報健保給付，經查獲虛報醫療費用之違規行為持續長達 4 年，不實申報筆數達 1 萬 6,695 筆，除影響就診病患之權益，更嚴重侵蝕全民健保制度之財務根基，自為法所不容。
5. 另本件健保署尚未核處申請人罰鍰，申請人所稱其診所依全民健康保險保險人執行全民健康保險法罰鍰注意事項第 8 點規定罰鍰可減輕 2 分之 1 云云，核有誤解。

(三) 法律適用結果

綜上，健保署處以申請人診所終止特約，該診所負責醫師自終止特約之日起 1 年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，並追扣及扣減未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務及未經醫師診斷逕行提供醫事服務部分醫療費用之 10 倍金額暨追扣不實申報醫事費用金額共計 450 萬 4,229 元，並無不合，原核定均應予維持。

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 項暨第 25 條規定，審定如主文。

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、行為時全民健康保險法第 72 條

「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付或申報醫療費用者，按其領取之保險給付或醫療費用處以二倍罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因此領取之醫療費用，得在其申報應領費用

內扣除。」

二、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 37 條第 1 項第 1 款及第 2 款
「保險醫事服務機構有下列情事之一者，以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算，扣減其申報之相關醫療費用之十倍金額：一、未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務。二、未經醫師診斷逕行提供醫事服務。」

三、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 40 條第 1 項第 2 款

「保險醫事服務機構有下列情事之一者，保險人予以終止特約。但於特約醫院，得按其情節就違反規定之診療科別、服務項目或其全部或一部之門診、住院業務，予以停約一年：二、以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，情節重大。」

四、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 43 條第 2 款

「第四十條第一項第二款、第四款所稱情節重大，指下列情事之一：二、違約虛報點數超過十萬點，並有收集保險憑證，或有未診治保險對象，仍記載就醫紀錄，虛報醫療費用。」

五、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 47 條第 1 項

「保險醫事服務機構受停約或終止特約，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，於停約期間或終止特約之日起一年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。」

六、行為時全民健康保險特約醫事服務機構合約第 17 條第 1 項第 5 款

「乙方申請之醫療費用，有下列各款情形之一者，由乙方負責，經甲方查核發現已核付者，應予追扣：五、其他應可歸責於乙方之事由者。」

案情摘要

特約醫院收集健保卡，自創保險對象就醫紀錄，並向健保署申報醫療費用，已該當全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條第 3 款規定「未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用」之構成要件，與醫師對於有醫療需求之病患，未親自診察即逕予提供醫事服務之同辦法第 37 條第 1 項第 2 款所定「未經醫師診斷逕行提供醫事服務」之處罰要件，迥不相同，健保署依規定論處，於法有據。

請求事項	撤銷原核定。
審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	
一、健保署 104 年 6 月 5 日健保○字第 0000000000 號函（初核）要旨	
(一) 訪查期間及對象：	
103 年 5 月 13 日至 104 年 5 月 18 日間訪查申請人醫院負責醫師、高○○醫師、林○○職能治療師、保險對象施○○及粘姓甲等 42 人。	
(二) 違規事實：	
42 位保險對象未實際就醫，僅提供健保 IC 卡給施○○或家屬至申請人醫院換取外用藥品或痠痛貼布，惟申請人醫院卻自創就醫紀錄，向健保署申報該等保險對象 101 年 6 月至 102 年 6 月期間多筆未實際看診之醫療費用計 3 萬 692 點。	
(三) 裁處內容：	
處申請人醫院復健科門診醫療業務停止特約 3 個月，期間自 104 年 9 月 1 日起至 11 月 30 日止，負有行為責任醫師高○○於停止特約期間，對保險對象提供復健科門診之醫事服務費用，不予支付。	
二、104 年 8 月 7 日健保○字第 0000000000 號函（複核）	
申請人醫院申請複核，經健保署重行審核，認為申請人醫院去函該署坦承確有以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報粘姓甲等 42 位保險對象醫療費用，並自行清查有以不正當行為申報陳○○等 69 位保險對象醫療費用，共計 6 萬 5,637 點，爰審酌申請人醫院於訪查同時有檢調介入偵辦，且依地區醫院申報制度，非如一般基層診所易於查明等因素，而無法於訪查當時即刻配合繳回不當之所得，參照全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條違約處分裁量基準第 4 點之規定免於加重停約月數，改核申請人醫院復健科門診停約 2 個月，期間自 104 年 9 月 1 日起至 104 年 10 月 31 日止，負有行為責	

任醫師高○○於停止特約期間，對保險對象提供復健科門診之醫事服務費用，不予以支付。

三、申請理由及到場陳述意見要旨

(一) 按行政程序法第 9 條規定：「行政機關就該管行政程序，應於當事人有利及不利之情形，一律注意。」、同法第 36 條規定：「行政機關應依職權調查證據，不受當事人主張之拘束，對當事人有利及不利事項一律注意。」，行政機關於作成處分之程序上，應就對當事人有利與不利之事項一併注意，並依職權予以充分調查，始符合行政法上所謂一體注意原則及行政機關之客觀性義務。而查：

1. 本件病患施○○等人，實係向林○○職能治療師主訴其症狀，並由林○○職能治療師進行疼痛治療評估確認其疼痛位置，並轉知高○○，而提供外用藥品或酸痛貼布，病患本身均確實有使用外用藥品或酸痛貼布，以減緩其疼痛之必要性，而上情，於主管機關派員調查，即坦承以告並無隱瞞，故就診程序上雖係迂迴而有瑕疵，惟就診療目的及需要而言，並無惡意、假造，更無單持健保卡即可換取外用藥或貼布之事實。
2. 次查，○○地方法院檢察署 103 年度○字第 0000 號緩起訴處分書雖記載高○○、林○○、施○○等 3 人對法務部調查局移送犯罪事實坦承不諱云云，惟查，高○○等 3 人之所以對調查局移送事實坦承不諱，係因確實認為就診程序上之迂迴，難謂無瑕疵，而深自悔過，且為求得緩起訴，依從律師之建議，自認犯罪事實，實則，相關病患之訪談記錄並無如刑事訴訟之調查程序透過交互詰問制度確保其供述之真實性，且本件之爭議事實距離案發之時已 2 年餘，病患之記憶是否因時間久遠而失真或誤植，或因病患智識程度的不同，為辦案人員訊問方式混淆或誘導，均非無疑，故病患之陳述與事實並不相符，此只要函調檢察署卷宗即可可證，原處分機關不察，對此應釐清調查之事實未予以調查，逕為其醫院不利之認定，原行政處分顯有違誤之處。

(二) 健保署雖已改核停約 2 個月，惟該停約 2 個月之行政處分，仍違反行政程序法第 7 條比例原則之適當性、必要性及合比例性：

1. 按全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 51 條規定：「依本辦法所為之裁處，應審酌裁量違反行政法上義務行為、目的、應受責難程度、所生影響，作為違約處理之基準。」；行政程序法第 7 條：「行政行為，應依下列原則為之：一、採取之方法應有助於目的之達成。二、有多種同樣能達成目的之方法時，應選擇對人民權益損害最少者。三、採取之方法所造成之損害不得與欲達成目的之利益顯失均衡。」此為比例原則之規定，而所謂比例

原則，係指行政機關之行政行為手段與目的，必須合乎比例衡平，否則有違反比例原則，亦即行政行為，須考量其「妥當性」、「必要性—最小損害性」及「手段損害與目的間之均衡—狹義比例性原則」。

2. 質言之，所謂妥當性是國家所採取之手段，不論立法或行政行為須以能實現該追求之目的；必要性係指國家所採取之手段如有多種選擇可能時，應以最能達到目的且對人民侵害最輕微之方式為之；狹義比例原則係指欲達成目的所採手段所造成之損害應與欲達成目的之利益間存有衡平妥適，而不過當之關係。換言之，比例原則在於要求「方法」與「目的」之均衡，採取一項措施以達成一項目的時，該方法必須合適、必要及合比例。「合適」之方法，係指可以達成目的之方法；「必要」之方法，係指同樣可以達成目的之多數方法中，該方法造成之不利益（損害）為最小；「合比例」之方法，係指該方法之不利益，與其達成目的之利益相權衡。亦即，不得採取失衡之方法以達成目的-即「禁止過度」。
3. 而查，病患之陳述與事實不符，已如前述，是高○○醫師之違法事實，實係未實際診察病患而給予病患開立外用藥或貼布，而以前揭違約事實，套用全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之處罰規定，應係較符合該辦法第37條第1項第2款規定「未經醫師診斷逕行提供醫事服務」之處罰要件，原處分捨該辦法第37條之扣點處罰規定，而就同辦法第39條之停約處分，其處罰方法及手段，均不符合比例原則。
4. 其次，實務上，醫療機構錯誤申報、溢領健保情事屢見不鮮，如○○醫院溢領健保費用高達新臺幣（下同）600萬元；○○醫院調換癌症病理檢體致不當切除病患子宮、乳房，停約2個月，其醫院溢領之金額不過6萬5,637元，與○○醫院溢領金額相差約100倍，卻為相同之2個月停約之裁處，對其醫院之裁處顯有過苛。
5. 再者，本件於主管機關派員調查之初，高○○醫師均坦承自己有違規疏失，且態度誠懇友善，於刑事偵查程序中亦坦承不諱，犯後態度良好，其醫院過去亦為評鑑優等之地區醫院並無違規紀錄，惟原處分就上開裁量因素均漏未審酌，遽處以其醫院3個月之停約處分，而未考量以折抵點數等侵害較小之方式為之，或以其醫院過去無任何違規記錄之事實，減輕停約月數，是原處分顯已不符侵害人民權益最少手段之必要性，其所欲保護「將來」健保制度健全運作之公益，亦與立即造成○○地區人民就醫權益、生命身體安全之損害間，顯失均衡，核與比例原則未符，原處分確有違法瑕疵甚明。
6. 其醫院為評鑑優等之地區醫院，與健保署簽約已20年，過去並未有任何違

規記錄，且該停約之原處分，勢將造成醫院所在當地民眾，無法以健保方式至其醫院看診，實有嚴重影響○○地區之保險對象就醫權益之虞。

理由

一、法令依據

- (一) 行為時全民健康保險法第 72 條（100 年 1 月 26 日修正移列為第 81 條第 1 項，自 102 年 1 月 1 日施行）。
- (二) 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下簡稱特約及管理辦法）第 39 條第 2 款、第 3 款、第 4 款及第 47 條第 1 項。
- (三) 特約及管理辦法第 39 條違約處分裁量基準第 2 點第 2 款、第 3 點第 1 款、第 2 款、第 5 款及第 4 點。
- (四) 全民健康保險特約醫事服務機構合約（特約醫院、診所、助產機構、精神復健機構、居家護理機構、居家呼吸照護所適用）第 20 條第 1 項。

二、卷證

健保署業務訪查訪問紀錄、訪查報告、保險對象門診就醫紀錄明細表、病歷、臺灣○○地方法院檢察署檢察官 103 年度○字第 0000 號緩起訴處分書等影本、健保署意見書及補充意見書。

三、審定理由

- (一) 依卷附前開相關資料顯示，本件係臺灣○○地方法院檢察署接獲信函反映申請人醫院復健科醫師高○○收集○○縣○○鎮○○公司員工之健保卡虛報醫療費用之情事，健保署乃於 103 年 5 月 13 日至 104 年 5 月 18 日派員訪查申請人醫院負責醫師張○○、執業醫師高○○、職能治療師林○○及保險對象，發現粘性甲等 42 位保險對象並未至申請人醫院就診，惟申請人醫院卻收集健保卡，未診治保險對象，虛報醫療費用，除經原核定論明者外，並有健保署業務訪查訪問紀錄、保險對象門診就醫紀錄明細表等影本附卷可稽。
- (二) 申請人雖主張 1. 本件病患實係向林○○職能治療師主訴其症狀，並由林○○職能治療師進行疼痛治療評估確認其疼痛位置，並轉知高○○，而提供外用藥品或酸痛貼布，病患本身均確實有使用外用藥品或酸痛貼布，以減緩其疼痛之必要性，就診程序上雖迂迴而有瑕疵，惟就診療目的及需要而言，並無惡意、假造，更無單持健保卡即可換取外用藥或貼布之事實；2. 高○○、林○○、施○○等 3 人對法務部調查局移送犯罪事實坦承不諱，係因認為就診程序上之迂迴難謂無瑕疵，而深自悔過，且為求得緩起訴，依從律師之建議，自認犯罪事實，惟本件之爭議事實距離案發之時已 2 年餘，病患之記憶是否因時間久遠而失真或為辦案人員訊問方式混淆或誘導，均非無疑，故病

患之陳述與事實並不相符；3. 高○○醫師之違法事實，實係未實際診察病患而為病患開立外用藥或貼布，應較符合特約及管理辦法第 37 條第 1 項第 2 款「未經醫師診斷逕行提供醫事服務」之處罰要件，原處分以同辦法第 39 條規定處停約處分，其處罰方法及手段，均不符合比例原則；4. ○○醫院溢領健保費用高達 600 萬元，○○醫院調換癌症病理檢體致不當切除病患子宮、乳房，裁處停約 2 個月，其醫院溢領之金額不過 6 萬 5,637 元，卻為相同之 2 個月停約之裁處，顯有過苛；5. 原處分未考量以折抵點數等侵害較小之方式為之，或以其醫院過去無任何違規記錄之事實，減輕停約月數，顯已不符侵害人民權益最少手段之必要性，且該停約處分勢將影響○○地區當地保險對象就醫權益云云，惟所稱核不足採，分述如下：

1. 健保署意見書及補充意見書陳明，略以：

- (1)粘姓甲等 42 名保險對象接受該署人員訪問時，對是否有親自就診、健保卡使用之情形、交付健保卡給他人原因均陳情甚詳，且訪問事項均非難以認明，該署依合法程序所為之訪問紀錄，均經渠等保險對象簽名確認在案，自應推定其具有真實性。
- (2)該署除參酌保險對象就醫紀錄外，並就受訪保險對象健保卡刷卡、門診就醫紀錄明細表、病歷及申請人醫院說明等為佐證，對當事人有利及不利事項皆予注意，符合證據法則。又粘姓甲等 42 名保險對象之訪問紀錄係在渠等完全自由意識下之首次供詞，無其他主、客觀因素干擾或存在有任何顧慮情況下所為之陳述，應可憑信。
- (3)申請人醫院職能治療師林○○受訪表示：「基於推廣服務心態，跟保險對象施○○提到可以持健保卡免費領藥布」，保險對象施○○受訪表示，略以林○○職能治療師告訴我，高○○醫師為衝業績及應付評鑑，需要病人，告訴我可以拿同仁健保卡免費領取藥布；配合通知免掛號費時間，拿同仁健保卡至申請人醫院代領酸痛貼布及藥膏；醫院不是一直都免費，是等林○○職能治療師通知免費時間，才會拿同仁健保卡去醫院領貼布，免費時間也是高○○醫師通知林○○職能治療師等語，粘姓甲等 42 名保險對象受訪時亦表示：「未至申請人醫院就診過」、「未聽過申請人醫院名稱」、「不知道施○○到哪家院所領取藥品」、「施○○告訴我可以幫忙領酸痛貼布，所以將健保卡交給他，沒有付費」，再據部分保險對象表示交付健保卡目的係「領貼布」，是此，粘姓甲等 42 名保險對象從未至申請人醫院就診，無任何就醫紀錄，高○○醫師未診治渠等保險對象之疾病，卻自創就醫紀錄並開立處方箋，申請人醫院確實有虛報醫療費用之違規情事。

(4)保險對象潘○○、劉○○訪問紀錄中提及曾至申請人醫院就醫，經查前開保險對象自 99 年 1 月 1 日至該署認列違規期間皆未有至該醫院就醫之紀錄，顯示保險對象就醫間隔已有 2 年以上，且渠等保險對象表示「那 2 次是將健保 IC 卡交予同事施○○，她說要做業績，可以將健保卡給她幫拿酸痛貼布」、「將健保 IC 卡交予同事施○○，她說可以用健保卡幫拿酸痛貼布」，是此，前開保險對象確實非因疾病就醫，申請人醫院確實有自創就醫紀錄，虛報醫療費用之情事，該署依特約及管理辦法第 39 條核處停約並無不當。

(5)另依特約及管理辦法第 39 條違約處分裁量基準第 2 點第 2 款規定，保險醫事服務機構經查有特約及管理辦法第 39 條情事之一者，保險醫事服務機構違約申報醫療費用，點數超過 2 萬 5,000 點，未逾 5 萬點者，處停約 2 個月，同裁量基準第 3 點第 1 款、第 2 款、第 5 款規定，依第 2 點第 1 款或第 2 款規定，應處停約 1 個月或 2 個月之保險醫事服務機構，如其主要違規類型有「收集保險對象之保險憑證」、「以提供保險對象非治療需要之藥品、營養品或其他物品之方式，登錄就醫並申報醫療費用」、「未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用」情事之一時，得加重其停約之月數。查申請人醫院違規情事符合前揭違約處分裁量基準「收集保險對象之保險憑證」、「以提供保險對象非治療需要之藥品、營養品或其他物品之方式，登錄就醫並申報醫療費用」及「未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用」之 3 項加重事由，依該違約處分裁量基準得加重其停約月數。又申請人醫院嗣後清查後即刻來函繳回不當申報之醫療費用，該署審酌申請人醫院於訪查同時有檢調介入偵辦，且依地區醫院申報制度，非如一般基層診所易於查明等因素，而無法於訪查當時即刻配合繳回不當之所得，爰參照前揭違約處分裁量基準規定免於加重停約月數，並改核申請人醫院復健科門診醫療業務停約 2 個月，負有行為責任醫師高○○於停約期間，對保險對象提供復健科門診之醫事服務費用，不予支付，是此，處以申請人醫院復健科門診醫療業務停約 2 個月，仍在上開辦法及裁量基準所定範圍內，並未違反比例原則。

(6)○○醫院因違反健保特約之規定，經該署處以停約處分，該醫院為顧及保險對象就醫權益，依特約及管理辦法第 42 條向該署申請扣減金額抵扣停約，其金額約 600 萬元，非申請人所稱違規金額，申請人應有所誤解。

(7)前開特約及管理辦法第 37 條第 1 項第 2 款「未經醫師診斷，逕行提供醫事服務」，係指曾至院所就醫留有病歷，之後身體不適有就醫需要，但不

克親自前往，委託他人至院所代為領藥，或已親至院所，無法久候待醫師診療，逕要求照上次處方領藥，與案內粘姓甲保險對象等 42 人，主要係為領貼布、藥膏而交付健保 IC 卡，並非有實質就醫需要之情狀不同。況渠等 42 人中有 40 人從未至該醫院就醫，其病歷及就醫紀錄是由醫院自創，顯為蓄意虛報醫療費用，而非該醫院自述僅為就診程序迂迴有瑕疵。

2. 本件除經健保署前開意見論明外，經本部審查卷附資料，認為：

(1) 粘姓甲等 42 名保險對象訪問紀錄內容核與申請人醫院高○○醫師、林○○職能治療師、保險對象施○○受訪陳述相符，申請人所稱病患之陳述與事實並不相符乙節，核不足採

查系爭粘姓甲等 42 名保險對象均為○○縣○○鎮○○公司員工（其中 2 名於受訪時已離職），其等於接受健保署訪問時表示，或未曾在申請人醫院就醫（40 名），或健保署訪查出示之就醫紀錄日期未至申請人醫院就診（2 名），係由施○○或其同事、親友持其等健保卡領取痠痛貼布、藥膏等語，與下列申請人醫院高○○醫師、林○○職能治療師、以及保險對象施○○受訪陳述相符，足見粘姓甲等 42 名保險對象確未因疾病至申請人醫院就醫，高○○醫師並未實際診治該等 42 名保險對象，分述如下：

①申請人醫院執業醫師高○○於 103 年 12 月 10 日訪查訪問紀錄

「○○跟我提到瑜珈班的學生有藥布、藥膏的需求，問我可不可幫忙，原先我拒絕，後來有一次突然就出現一疊健保卡，我很驚訝，也一時心軟才同意幫忙。我知道這是不對的事。」「我儘量要求合於規定，所以要求應寫明不舒服的症狀、部位及藥品的需求（但限於藥布、藥膏、擦傷口的藥及燒燙傷藥），我是依據書寫的症狀開處方，依病情需要開藥，大多時候是○○拿卡給我，我再將處方交給他去領藥。」等語。

②申請人醫院職能治療師林○○於 103 年 12 月 10 日訪查訪問紀錄

「基於推廣服務的心態，跟施○○提到可以持同仁健保卡免費領藥布。」「大約自 101 年 6 月開始至 102 年底，有很多次，剛開始每次大約有 20 多或 30 多張」「○○打了 1 張基本資料表的格式，請同仁填好連同健保卡交給我（基本資料表內容有個人姓名、身分證字號、地址、電話、不舒服的身體部位），我交給掛號櫃台，也代填初診單，再由掛號小姐鍵入病歷（電腦），製作病歷，然後由櫃台小姐將健保卡及基本資料表給高醫師開處方。」等語。

③施○○保險對象於 103 年 11 月 12 日訪查訪問紀錄

「當時是因我有到○○醫院做復健，認識林○○復健師，他告訴我，高○○

醫師為衝業績及應付評鑑，需要病人，叫我可以拿同仁的健保卡免費拿酸痛貼布及藥膏。」「我沒有付費給同仁，同仁也沒有付費給我，醫院不是一直免費，我是等醫院林○○通知免費時間，才會拿同事健保卡去醫院領貼布。」等語。

(2) 本件申請人確有收集保險對象健保卡，虛報醫療費用之違規事實，健保署依特約及管理辦法第 39 條規定論處，於法有據，申請人主張本件違規事實，較符合特約及管理辦法第 37 條第 1 項第 2 款「未經醫師診斷逕行提供醫事服務」之處罰要件云云，核有誤解，分述如下：

①承前所述，依粘姓甲等 42 名保險對象及申請人醫院高○○醫師、林○○職能治療師、保險對象施○○訪查訪問紀錄，顯示系爭粘姓甲等 42 名保險對象確未因疾病至申請人醫院就醫，高○○醫師並未實際診治該等 42 名保險對象。

②復依臺灣○○地方法院檢察署檢察官 103 年度○字第 0000 號緩起訴處分書記載，略以高○○為提高申請人醫院復健科之業績，竟自 101 年 6 月 22 日起迄 102 年 6 月 28 日止，指示林○○對外蒐集人頭健保卡，林○○即向友人施○○告以：若交付個人及其眷屬之健保卡至申請人醫院過卡，得免繳掛號費及部分負擔費用，並可換取痠痛藥布或藥膏等醫療用品，施○○遂在其任職之○○公司向同事施○○等 62 人轉述上語；施○○及○○公司員工施○○等 62 人則均知悉保險對象不得持用他人之健保卡就診，竟與高○○、林○○共同基於意圖為自己不法所有及行使業務登載不實文書之犯意聯絡，由施○○向○○公司員工施○○等 62 人收受自己及不知情、未實際就診之親屬之健保卡至申請人醫院，交予林○○及高○○虛偽掛號，並由高○○將不實之就醫紀錄登載於其業務上所做成之病歷文書上，嗣高○○、林○○即依施○○等 63 人之要求，免繳掛號費、部分負擔費用及給予不符健保規定之痠痛藥布或藥膏等醫療用品，並將病歷所載病名、藥物名稱等不實資料輸入電腦、上傳至健保署，按月接續向健保署申請醫療費用等語，益證申請人醫院確有虛報醫療費用之情事。

③又系爭 42 名保險對象中 40 名保險對象於接受健保署訪問時已表示未曾因疾病至申請人醫院就醫，另 2 名保險對象雖表示曾至申請人醫院就診，惟健保署補充意見書已陳明該 2 名保險對象自 99 年 1 月 1 日至該署認列違規期間皆未有至該醫院就醫之紀錄等語，則系爭保險對象既從未（或近 4 年內未）至申請人醫院就醫，惟申請人醫院卻收集健保卡，自創系爭保險對象之就醫紀錄，並向健保署申報醫療費用，已該當特約及管理辦法第 39

條第3款規定「未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用」之構成要件，與醫師對於有醫療需求之病患，未親自診察即逕予提供醫事服務之特約及管理辦法第37條第1項第2款所定「未經醫師診斷逕行提供醫事服務」之處罰要件，迥不相同，健保署依規定論處，於法有據，申請人所稱核有誤解。

(3)至申請人所舉○○醫院及○○醫院違規案，主張本件裁處過苛一節，其中○○醫院，並非違規金額600萬元，而係該醫院依特約及管理辦法第42條向該署申請扣減金額抵扣停約之金額，已如健保署所述，另外○○醫院違約不正當申報醫療費用點數裁處權時效內有4萬729點，超過2萬5,000點，未達5萬點，與申請人有前述違約不正當申報醫療費用3萬692點，亦在5萬點以下相同，健保署核處停約2個月，符合特約及管理辦法第39條違約處分裁量基準之規定，所稱核不足採。

(三)綜上，健保署處以申請人醫院復健科門診停約2個月，並無不合，原核定應予維持。

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項暨第25條規定，審定如主文。

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、行為時全民健康保險法第72條

「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付或申報醫療費用者，按其領取之保險給付或醫療費用處以二倍罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因此領取之醫療費用，得在其申報應領醫療費用內扣除。」

二、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第39條第2款、第3款及第4款

「保險醫事服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人予以停約一個月至三個月。但於特約醫院，得按其情節就違反規定之診療科別、服務項目或其全部或一部之門診、住院業務，予以停約一個月至三個月：二、以提供保險對象非治療需要之藥品、營養品或其他物品之方式，登錄就醫並申報醫療費用。三、未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用。四、其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用。」

三、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 47 條第 1 項

「保險醫事服務機構受停約或終止特約，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，於停約期間或終止特約之日起一年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予以支付。」

四、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條違約處分裁量基準第 2 點第 2 款

「保險醫事服務機構經查有本辦法第三十九條情事之一者，依其情節處停約一至三個月：(二) 保險醫事服務機構違約申報醫療費用，點數超過二萬五千點，未逾五萬點者，處停約二個月。」

五、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條違約處分裁量基準第 3 點第 1 款、第 2 款及第 5 款

「依第二點第一款或第二款規定，應處停約一個月或二個月之保險醫事服務機構，如其主要違規類型有下列情事之一時，得加重其停約之月數：(一) 收集保險對象之保險憑證。(二) 以提供保險對象非治療需要之藥品、營養品或其他物品之方式，登錄就醫並申報醫療費用。(五) 未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用。」

六、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條違約處分裁量基準第 4 點

「經依前點主要違規類型為加重處分之保險醫事服務機構，於同一案件，保險人訪查時，坦承違規事實，態度誠懇友善，並主動繳回其不當申報之費用者，得免予加重其停約月數。」

八、全民健康保險特約醫事服務機構合約（特約醫院、診所、助產機構、精神復健機構、居家護理機構、居家呼吸照護所適用）第 20 條第 1 項

「乙方有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條至第四十條所列情事之一者，甲方應分別予以扣減醫療費用、停止特約或終止特約。」

案情摘要

全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 40 條第 1 項第 2 款所定「以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用」之立法本旨，係處罰具有可非難性之虛報醫療費用行為，特約院所向健保署為不實申報醫療費用（每個申報行為分別獨立）之行為一經發生，即屬違規，並不以健保署核付始認定為違規，健保署以核付日期作為裁處權期間之起算日，即有未洽。

請求事項	原核定及複核核定均撤銷。
審 定	
主 文	原核定撤銷，由原核定機關另為適法之核定。
事 實	
<p>一、健保署 104 年 6 月 10 日健保○字第 0000000000 號函(初核)要旨</p> <p>(一) 訪查時間：於 103 年 10 月 2 日至 11 月 20 日訪查。</p> <p>(二) 違規事實：未診治保險對象，卻記載就醫紀錄，虛報醫療費用 經訪查○○牙醫診所負責醫師即申請人及 12 家幼兒園蔡姓等保險對象，發現該診所利用於幼兒園兒童牙齒塗氟期間，多刷孩童健保卡，偽以治療疾病名義虛報 101 年 4 月至 103 年 7 月間多筆醫療費用計 10 萬 1,730 點。</p> <p>(三) 裁處內容 ○○牙醫診所雖自 103 年 10 月 30 日起終止合約，惟前揭違約情事係發生於合約有效期間內，爰處○○牙醫診所自 104 年 9 月 1 日起終止特約，並自終止之日起 1 年內不得再申請特約，○○牙醫診所負責醫師黃○○即申請人於終止特約之日起 1 年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。</p> <p>二、申請人申請複核，經健保署以 104 年 7 月 31 日健保○字第 0000000000 號函(複核)核復，仍維持原核定。</p>	
理 由	
<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下簡稱特約及管理辦法）第 39 條第 3 款、第 40 條第 1 項第 2 款、第 2 項、第 43 條第 2 款及第 47 條第 1 項。</p> <p>(二) 行政罰法第 27 條第 1 項及第 2 項。</p> <p>二、卷證 業務訪查訪問紀錄、病歷表、○○市牙醫師至幼兒園兒童塗氟名冊等影本及健保署意見書、補充意見書。</p> <p>三、審定理由</p>	

(一) 依卷附前開相關資料顯示，本件係健保署執行「103 年健保 IC 卡刷卡異常查核專案」暨民眾申訴反映有牙醫診所假藉執行兒童牙齒塗氟服務，疑似收集、盜刷健保卡情事，於 103 年 10 月 2 日至 11 月 20 日期間派員訪查○○牙醫診所負責醫師及幼兒園園長、護理師、老師、教保員、行政主任，發現○○牙醫診所於幼兒園兒童牙齒塗氟期間，多刷孩童健保卡，偽以治療齲齒、急性牙周炎、口瘡、殘留牙根等疾病名義申報醫療費用計 10 萬 1,730 點，除經原核定論明者外，並有經○○牙醫診所負責醫師黃○○及幼兒園人員簽名確認之業務訪查訪問紀錄等影本附卷可稽。

(二) 申請人對於前揭違規事實並不爭執，僅主張本件基於明確性原則及當事人權益保障，應以「違規申報日」為終止特約裁處權期間起算時點，原核定裁處日期為 104 年 6 月 10 日，○○牙醫診所 101 年 4 月 18 日刷卡申報 12 筆計 2,720 點之違規行為，已逾 3 年之裁處權期間，應予扣除，○○牙醫診所違規虛報點數僅 9 萬 9,010 點，即不該當特約及管理辦法第 40 條第 1 項第 2 款所定情節重大之要件等語，茲查核如下：

1. 裁處權期間規定

按「行政罰之裁處權，因三年期間之經過而消滅。」「前項期間，自違反行政法上義務之行為終了時起算。但行為之結果發生在後者，自該結果發生時起算。」為行政罰法第 27 條第 1 項及第 2 項所明定。

2. 申請人主張

- (1) 應以○○牙醫診所「違規申報日」為裁處權期間起算時點。
- (2) 系爭 101 年 4 月 18 日刷卡、申報 12 筆計 2,720 點，應予扣除。

3. 健保署意見

○○牙醫診所於 101 年 4 月份之醫療費用，該署於 101 年 4 月 30 日受理申報，並於 101 年 6 月 14 日核付，此「核付日」即為行政罰法第 27 條第 2 項末段規定：「行為之結果發生在後者，自該結果發生時起算。」

4. 本件由健保署 104 年 7 月 31 日複核函記載「本案 3 年裁處權時效以費用核付日期認定，虛報費用年月自 101 年 4 月(核付日期為 101 年 6 月 14 日)起算」等語觀之，健保署認為前開違規行為之裁罰，有無逾 3 年裁處權期間，係以系爭醫療費用之核付日期為裁處權期間起算點，惟行政罰事件多數屬行為犯，一有行為之發生即屬違法，自違法行為發生，即開始起算 3 年裁處權期間，例外以結果發生為違法，結果發生在後者，自該結果發生時起算；審酌特約及管理辦法第 40 條第 1 項第 2 款所定「以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用」之立法本旨，係處罰具有可非難性之虛報

醫療費用行為，特約院所向健保署為不實申報醫療費用（每個申報行為分別獨立）之行為一經發生，即屬違規，並不以健保署核付始認定為違規，此與行為時全民健康保險法第 72 條規定「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付或申報醫療費用者，按其領取之保險給付或醫療費用處以二倍罰鍰。」，乃以「按其領取」保險給付或醫療費用之多寡作為核算基礎之立意，容屬有間，爰健保署以核付日期作為裁處權期間之起算日，即有未洽。

5. 承上，本件○○牙醫診所系爭 101 年 4 月 18 日 12 筆醫療費用係在 101 年 4 月 30 日申報，健保署原核定係在 104 年 6 月 10 日裁處，則申請人主張○○牙醫診所 101 年 4 月 18 日刷卡申報 12 筆計 2,720 點之違規行為，已逾 3 年之裁處權期間，應予扣除，○○牙醫診所違規虛報點數僅 9 萬 9,010 點，即不該當特約及管理辦法第 40 條第 1 項第 2 款所定情節重大之要件等語，尚非無據。

(三) 綜上，爰將原核定撤銷，由原核定機關另為適法之核定。另申請人申請到場陳述意見一節，因本件所涉違規事實認定及法規適用疑義，已臻明確，爰所請核無必要，併予敘明。

據上論結，本件申請為有理由，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 2 項暨第 25 條規定，審定如主文。

相關法令：

一、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條第 3 款

「保險醫事服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人予以停約一個月至三個月。但於特約醫院，得按其情節就違反規定之診療科別、服務項目或其全部或一部之門診、住院業務，予以停約一個月至三個月：三、未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用。」

二、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 40 條第 1 項第 2 款及第 2 項
「保險醫事服務機構有下列情事之一者，保險人予以終止特約。但於特約醫院，得按其情節就違反規定之診療科別、服務項目或其全部或一部之門診、住院業務，予以停約一年：二、以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，情節重大。」「依前項規定終止特約者，自終止之日起一年內，不得再申請特約。」

三、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 43 條第 2 款

「第四十條第一項第二款、第四款所稱情節重大，指下列情事之一：二、違約虛報點數超過十萬點，並有收集保險憑證，或有未診治保險對象，仍記載就醫紀錄，虛報醫療費用。」

四、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 47 條第 1 項

「保險醫事服務機構受停約或終止特約，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，於停約期間或終止特約之日起一年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予以支付。」

五、行政罰法第 27 條第 1 項及第 2 項

「行政罰之裁處權，因三年期間之經過而消滅。」「前項期間，自違反行政法上義務之行為終了時起算。但行為之結果發生在後者，自該結果發生時起算。」

案情摘要

依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 46 條規定，得免除處分之要件為保險醫事服務機構於保險人或其他機關「訪查前」，主動向保險人通報有申報不正確或向其他機關坦承等情事，並繳回應扣減（還）之相關費用。本件健保署連繫單未記載用途或目的等，傳真連繫單之行為難認屬違規查證之「訪查」程序，特約藥局於接獲健保署傳真連繫單請其藥局提供資料後，旋自行清查申報錯誤案件，並繳回相關醫療費用，符合全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 46 條規定免罰之要件。

請求事項	撤銷原核定。
審 定	
主 文	原核定撤銷。
事 實	
<p>一、健保署訪查期間：103 年 9 月 3 日至 30 日。</p> <p>二、健保署認定之違規事實</p> <p>申請人藥局前藥事人員陳○○103 年 2 月 20 日至 7 月 31 日期間已離職，未至申請人藥局調劑藥品，申請人藥局卻以其名義申報 103 年 2 月至 7 月期間 1 萬 1,136 筆藥事服務費計 60 萬 2,591 點。</p>	
<p>三、103 年 10 月 30 日裁處內容</p> <p>處申請人藥局自 104 年 1 月 1 日起終止特約，並自終止特約之日起 1 年內不得申請特約，負責藥事人員即申請人蘇○○於終止特約之日起 1 年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。</p>	
<p>四、申請人申請複核，經健保署以 103 年 12 月 26 日健保○字第 0000000000 號函核復，仍維持原核定，惟同意暫緩執行。</p>	
<p>五、申請人等檢附健保署 103 年 10 月 30 日及 12 月 26 日 2 函，一併向本部申請審議。</p>	
理 由	
<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下簡稱特約及管理辦法)第 40 條第 1 項第 2 款、第 43 條第 4 款、第 46 條及第 47 條第 1 項。</p> <p>(二) 全民健康保險資料調閱與查詢及訪查辦法(以下簡稱資料調閱與查詢及訪查辦法)第 4 條。</p>	
<p>二、卷證</p> <p>申請人藥局 103 年 9 月 5 日○字第 00000000 號函、健保署處理涉及違規院所</p>	

到場陳述意見紀錄、陳○○電訪訪問紀錄表及陳述意見書、連繫單等影本、健保署意見書暨補充意見書。

三、審定理由

- (一) 依卷附前開相關資料顯示，本件係健保署執行「清查藥事人員掛牌查核專案」，發現申請人藥局原執業登錄藥事人員陳○○已於 103 年 2 月 20 日離職，未實際在申請人藥局執行藥品調劑業務，惟申請人藥局卻以其名義申報 103 年 2 月至 7 月藥事服務費計 60 萬 2,591 點，除經原核定論明者外，並有前揭資料影本附卷可稽，申請人藥局違規事實明確。
- (二) 本件申請人等對前開違規事實並不爭執，惟檢附健保署另案 3 份函文影本申請審議及到場陳述一再主張 1. 特約及管理辦法第 46 條係規定「訪查前」主動申報或坦承，自係指健保署依資料調閱與查詢及訪查辦法進行訪查之前予以主動申報或坦承，即符合規定而可以減免；2. 申請人藥局於 103 年 9 月 5 日主動提出自清前，健保署從未有所謂之「派員實地訪查」，也未依資料調閱與查詢及訪查辦法第 4 條規定為「訪查」行為，雖健保署曾於 103 年 9 月 3 日傳真 1 份連繫單予申請人藥局，但其內容僅係要求提供執業藥師排班表、出勤紀錄及特定保險對象之處方箋影本，顯與「訪查」程序不符，充其量僅屬全民健康保險法第 80 條第 1 項所指之「請求提供資料」而已；3. 健保署將行政程序法第 34 條之職權啟動與特約及管理辦法第 46 條所定減免條件之「訪查」混淆，該署以連繫單傳真作為已啟動訪查程序之依據，並拒為申請人等減免條款之適用，顯已違反行政程序法及相關法令規定；4. 附件之健保署 3 份函文影本係該署○區業務組於 103 年間依據全民健康保險法第 80 條規定，分別向醫院、診所及藥局等不同單位調取健保相關資料，並均援引特約及管理辦法第 46 條規定，促請受文單位就受調查事項先自行清查，並准許受文單位自動繳回溢領款項後，依法免除罰責云云。
- (三) 本件爭點在於申請人等主張其等於健保署「訪查前」，主動向健保署通報有申報不正確情事，並繳回應扣減（還）之相關費用，符合特約及管理辦法第 46 條規定，進而不適用特約及管理辦法第 40 條有關予以終止特約等規定等語，是否可採？茲查核分述如下：

1. 依卷附資料顯示相關時程如下表：

日期	要旨

103/9/3	健保署○區業務組醫務管理科傳真「衛生福利部中央健康保險署與○○藥局連繫單」予申請人藥局，請申請人藥局提供103年2月至6月執業藥師排班表、出勤紀錄及附件所列保險對象之處方箋影本，於收到連繫單3日內回復。
103/9/5	申請人藥局以103年9月5日○字第00000000號函向健保署○區業務組說明自行清查103年2月至103年7月止以陳○○藥師名義申報錯誤案件，並請健保署自其藥局申報給付金額中扣除等語。
103/9/12	申請人藥局將連繫單送達健保署，僅提供健保署抽調之10位病患處方箋影本，其餘資料均未提供，並稱「有關此申報錯誤案件已於103年9月5日○字第00000000號函備查在案」。
103/9/24	申請人蘇○○依健保署通知至該署○區業務組到場說明及陳述意見，並製作「衛生福利部中央健康保險署處理涉及違規院所到場陳述意見紀錄」。
103/10/30	健保署以第0000000000號函裁處（初核）

2. 特約及管理辦法第46條之立法歷程及修正本旨：

(1)按現行特約及管理辦法第46條係由原第35條之2經歷次修正沿革而來，其立法歷程及說明，表列如下：

發布日	條次及條文內容	修正說明	備註
89.12.22	第三十五條之二 保險醫事服務機構未經保險人或其他機關訪查前，主動向保險人坦承有申報不正確情事，並自動繳回應扣減（還）之相關費用者，得不適用第三十四條及第三十五條之規定。	一、本條新增。 二、為鼓勵特約醫事服務機構自新及坦承不正確申報，爰訂定本條文。	適用免罰範圍為停止特約及終止特約。

	95.2.8	<p><u>第六十九條 保險醫事服務機構未經保險人或其他機關訪查前，主動向保險人坦承有申報不正確情事，並自動繳回應扣減（還）之相關費用者，得不適用<u>第六十六條及第六十七條</u>之規定。</u></p>	<p>一、條次變更。 二、配合本次全案修正，修正對應條次。</p>	<p>適用免罰範圍為停止特約及終止特約。</p>
	99.9.15	<p><u>第四十三條 服務機構於保險人或其他機關訪查前，主動向保險人<u>通報</u>有申報不正確情事，並自動繳回應扣減（還）之相關費用者，得不適用<u>第三十六條至第三十八條</u>之規定。</u></p>	<p>一、條次變更。 二、符合本條前段有關訪查前主動向保險人通報等相關規定者，放寬其得不適用受處分之條件，爰修正本條後段規定。</p>	<p>適用免罰範圍為扣減 10 倍醫療費用、停止特約及終止特約。</p>
	101.12.28	<p><u>第四十六條 保險醫事服務機構於保險人或其他機關訪查前，主動向保險人<u>通報</u>有申報不正確或<u>向其他機關坦承</u>等情事，並繳回應扣減（還）之相關費用者，得不適用<u>第三十七條至第四十條</u>之規定；其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，有前開之情事者，亦</u></p>	<p>一、條次變更。 二、服務機構修正為保險醫事服務機構。 三、配合本次全案修正，修正對應條次。 四、基於舉重以明輕之法理及平等原則，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員主</p>	<p>1. 適用免罰範圍為扣減 10 倍醫療費用、停止特約及終止特約。 2. 適用對象擴及負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員。</p>

	<u>同</u> 。	動舉發服務機構申報不正確者，適用本條免罰之規定，爰增修文字。	
(2)承上表所示，可以得知特約及管理辦法第 46 條規定之立法本意，係為鼓勵主動通報不正確申報或主動坦承違規情事之保險醫事服務機構自新及自動繳回相關費用以代替處分，且所適用免予處分之範圍，已由初始訂定之停止特約、終止特約處分，放寬增列扣減 10 倍醫療費用，而適用對象亦由機構擴及負責人員，足見該規定之適用已逐漸放寬，以符立法本旨之美意。			
3. 健保署傳真連繫單未記載用途或目的等，逕認屬「訪查」程序，核有未妥			
(1)申請人等主張			
依「全民健康保險資料調閱與查詢及訪查辦法」第 4 條規定，業務承辦人員進行「訪查」時所須遵循之法定程序為：必須事先公文通知、出示證件並告知訪查目的、詢問方式須採取符合誠信比例原則並令詢問對象有充分陳述機會、製作訪談紀錄並由受訪者檢閱後簽章。健保署傳真連繫單與上開規定之「訪查」程序不符，充其量僅屬於全民健康保險法第 80 條第 1 項所指之「請求提供資料」而已。			
(2)健保署意見			
全民健康保險資料調閱與查詢及訪查辦法第 3 條規定「…案情單純或有急迫之情形時，得將公文以傳真之方式通知對方…」，是此，該署對違規院所行政調查查核程序的啟動，得以何種形式及何時發動，自得依職權定之。該署傳真連繫單請申請人藥局提供相關資料，即屬依職權發動之程序事項，已屬啟動訪查程序。又本案因有急迫之情形，故將連繫單以傳真方式通知申請人藥局，仍屬於法有據，申請人藥局既已受理連繫單並回復及提供相關資料，且當時並未針對公文書之形式有所爭執，顯係事後推諉之詞。			
(3)本件依卷附前開連繫單及陳述意見紀錄影本顯示，健保署 103 年 9 月 3 日傳真連繫單予申請人藥局，請該藥局於限期內提供「103 年 2 月至 103 年 6 月執業藥師排班表、出勤紀錄及附件所列保險對象之處方箋影本」，惟審諸該連繫單僅係健保署單方面請申請人提供資料，並未記載用途或目的，亦未囑申請人藥局一併配合就提供之資料予以說明，則健保署以其於 103			

年9月3日傳真連繫單之行為即認屬違規查證之「訪查」程序，自難認妥適。

4. 依特約及管理辦法第46條規定，得免除處分之要件為保險醫事服務機構於保險人或其他機關「訪查前」，主動向保險人通報有申報不正確或向其他機關坦承等情事，並繳回應扣減（還）之相關費用。查申請人藥局於103年9月3日接獲健保署傳真連繫單請其藥局提供資料後，旋於103年9月5日函知健保署其藥局自行清查申報錯誤案件，並繳回相關醫療費用，已如前述，依特約及管理辦法第46條規定之立法本旨係為鼓勵特約醫事服務機構自新，則本件申請人等主張其等於健保署「訪查前」，主動向健保署通報有申報不正確情事，並繳回應扣減（還）之相關費用，符合特約及管理辦法第46條規定，進而不適用特約及管理辦法第40條有關予以終止特約等規定等語，尚非無據。

(四) 綜上，爰將原核定撤銷。

據上論結，本件申請為有理由，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2項暨第25條規定，審定如主文。

相關法令：

一、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第40條第1項第2款

「保險醫事服務機構有下列情事之一者，保險人予以終止特約。但於特約醫院，得按其情節就違反規定之診療科別、服務項目或其全部或一部之門診、住院業務，予以停約一年：二、以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，情節重大。」

二、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第43條第4款

「第四十條第一項第二款、第四款所稱情節重大，指下列情事之一：四、違約虛報點數超過二十五萬點。」

三、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第46條

「保險醫事服務機構於保險人或其他機關訪查前，主動向保險人通報有申報不正確或向其他機關坦承等情事，並繳回應扣減（還）之相關費用者，得不適用第三十七條至第四十條之規定；其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，有前開之情事者，亦同。」

四、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第47條第1項

「保險醫事服務機構受停約或終止特約，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，於停約期間或終止特約之日起一年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。」

五、全民健康保險資料調閱與查詢及訪查辦法第4條

「主管機關或保險人前往投保單位、保險醫事服務機構、扣費義務人或保險對象所在處所執行訪查，應依下列規定辦理：一、事前先以公文通知。但為避免事證滅失、串供或其他急迫之情形時，不在此限。二、主動出示訪查證及服務機關證明文件，並應說明訪查目的。但對檢舉案件，不得透露案源。三、所採取之方法應符合誠實信用及比例原則，不得逾越訪查目的之必要範圍，並讓受訪者有充分陳述之機會。四、詳實製作訪談紀錄，由受訪者檢閱後簽名、蓋章或按捺指印。」

案情摘要

特約藥局違約虛報點數超過 25 萬點，其負責藥事人員雖已受刑事判決判處有期徒刑 1 年 10 個月，惟健保署裁處終止特約及特約藥局負責藥事人員於終止特約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付等處分，核其性質為行政罰法第 2 條所定之其他種類行政罰，健保署得與刑事法律之處罰併予裁處。

請求事項	撤銷原核定。
審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	
一、發現方式	
(一) 臺灣○○地方法院檢察署檢察官 102 年度○字第 00000 號及 103 年度○字第 00000 號起訴書。	
(二) 健保署於 104 年 3 月 12 日派員訪查。	
二、健保署認定之違規事實：虛報藥事服務費	
申請人藥局負責藥事人員許○○及前執業登記藥事人員孫○○(登錄執業期間 97 年 6 月 3 日至 103 年 1 月 31 日)2 人於 97 年 6 月起至 102 年 11 月期間，有部分時段(使用信用卡刷卡在外縣市消費)未至申請人藥局執行藥品調劑業務，申請人卻仍以渠等名義申報藥事服務費。	
三、健保署 104 年 6 月 17 日健保○字第 0000000000 號函(初核)裁處內容	
(一) 3 年裁處權期間(101 年 6 月至 102 年 11 月)，申請人藥局不實申報藥事人員許○○及孫○○2 人藥事服務費計 41 萬 7,050 點部分：	
處申請人藥局自 104 年 9 月 1 日起終止特約，並自終止特約之日起 1 年內不得再申請特約，申請人藥局負責藥事人員許○○及負有行為責任藥事人員孫○○於終止特約之日起 1 年內，對保險對象提供之藥事服務費用，均不予支付。	
(二) 公法請求權時效 5 年期間(99 年 6 月至 102 年 11 月)，申請人藥局不實申報藥事人員許○○及孫○○2 人之藥事服務費部分：	
追扣申請人藥局藥事服務費 87 萬 8,222 點。	
四、健保署 104 年 7 月 21 日健保○字第 0000000000 號函(複核)	
申請人就前開健保署核處終止特約及管制負責藥事人員許○○不予支付費用 1 年部分，向健保署申請複核，經健保署重行審核，認為違規事證明確，仍維持原核定。	
五、申請人於 104 年 7 月 31 日申請暫緩執行，經健保署於 104 年 8 月 5 日以健保	

○字第 0000000000 號函復同意暫緩執行，俟爭議審議審定後再行辦理。

六、申請人就終止特約及管制負責藥事人員許○○不予支付費用 1 年部分，向本部申請審議。

理 由

一、依據

全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下簡稱特約及管理辦法）第 40 條第 1 項第 2 款、第 43 條第 4 款及第 47 條第 1 項。

二、卷證

臺灣○○地方法院檢察署檢察官 102 年度○字第 00000 號及 103 年度○字第 00000 號起訴書、臺灣○○地方法院 104 年度○字第 00000 號刑事判決、健保署業務訪查訪問紀錄等影本及健保署意見書。

三、審定理由

(一) 依卷附前開相關資料顯示，本件係健保署依據臺灣○○地方法院檢察署檢察官 102 年度○字第 00000 號及 103 年度○字第 00000 號起訴書，於 104 年 3 月 12 日派員訪查申請人藥局負責藥事人員許○○及前執業登記藥事人員孫○○，發現申請人藥局自 97 年 6 月至 102 年 11 月期間，有許○○或孫○○未實際執行調劑業務，卻仍分別以許○○或孫○○名義向健保署申報其等未實際調劑藥事服務費之情事，其中屬裁處權 3 年時效內之 101 年 6 月至 102 年 11 月期間計有 41 萬 7,050 點，除經原核定論明者外，並有經申請人藥局負責藥事人員許○○及前執業登記藥事人員孫○○簽章或按捺指印確認之業務訪查訪問紀錄、臺灣○○地方法院檢察署檢察官 102 年度○字第 00000 號及 103 年度○字第 00000 號起訴書暨臺灣○○地方法院 104 年度○字第 00000 號刑事判決等影本附卷可稽，申請人藥局有前開違規事實，足堪認定。

(二) 本件申請人對於其藥局有系爭違規事實並不爭執，惟主張 1. 其藥局與健保署簽定之特約合約，明定其藥局應依處方箋調劑，健保署撥付藥事服務費之對象為其藥局，致使其藥局認為健保署要求履約的對象是以藥局為主，健保署函知一般藥局訂定調劑量上限時，並未如函知教學醫院有附加範例說明，方使其藥局認為係以藥局之人力規模，作為可執行及申報調劑數量之依據，其藥局絕非有意圖詐領醫事服務費用之故意；2. 其藥局成為特約藥局後，迄健保署查核認有申報不實之情事時，均無任何相關主管機關人員告知其藥局之不當行為並要求改善，倘健保署能早日稽查發現其藥局有誤解法令而誤犯申報不實之情事而予以糾正，其藥局何以會累積錯誤至屬重大情節之境，健

保署未衡量其藥局違規緣由、動機及稽查人員是否有怠忽等因素，即核定終約處分，難謂合乎比例原則；3. 其藥局之違約案業經○○地方法院 104 年度○字第 00000 號刑事判決判處其負責藥事人員有期徒刑 1 年 10 月在案，健保署在行政罰核處 2 倍罰鍰，又再核處終止特約，及對其藥局負責人管制不予支付費用 1 年，已形成重複處分之事實，顯有違一事不二理之法則；4. 健保署欲依自 102 年 1 月 1 日施行之特約及管理辦法第 40 條及第 43 條規定，作為對其藥局處分之依據，應以其藥局自 102 年 1 月 1 日後之違規行為作為計算之基礎，方無違反法律不溯及既往原則；5. 其藥局之行為縱非出自故意，也願承受法律之裁處，但法律不外人情，其藥局負責藥事人員已受刑事判決，也願接受罰鍰裁處，請依行政罰法第 8 條規定，從輕裁處云云，惟所稱核不足採，分述如下：

1. 健保署意見書陳明，略以：

(1) 有關特約藥局及基層院所實施藥事人員合理調劑量，改制前中央健康保險局於 95 年 6 月 30 日以健保醫字第 0950059861 號令公告，自 95 年 7 月 1 日起實施，特約藥局及基層院所藥事人員「每人每日」100 件，每人每日 80 件以內支付 33~69 點，80~100 件，每件支付 18 點，第 100 件以上（山地離島 120 件）則不予給付藥事服務費，「每人每日」計算係以當日實際提供調劑服務之藥師為單位，特約藥局調劑件數不分處方來源一併計算；依上述規定，特約藥局及基層院所藥事人員合理調劑量是以每日實際調劑藥師身分證號為計算基礎，如以不同的身分證號申報直接影響計算合理調劑量。

(2) 全民健康保險為確保藥事人員調劑品質，保障保險對象用藥安全，支付標準訂有藥事人員調劑合理量，即藥事人員調劑次數如大於合理調劑量，其藥事服務費將降低給付，其目的希望藉由在合理調劑量內支付較高的藥事服務費，超出合理量給予較低藥事服務費之機制，保障民眾就醫時最基本的醫療品質。據此，與該署特約之藥局、診所應依法核實申報費用，以實際執行調劑業務之藥事人員申報費用，始有受領健保給付之權利。惟查申請人藥局為規避合理調劑量以領取較高之給付，用分配調劑數量之方式，以未實際調劑藥事人員之名義，規避合理調劑量之給付方式，虛偽申報醫療費用，即屬特約及管理辦法第 40 條、第 43 條及第 47 條規定所列違規情事，該署即應依上開規定對申請人藥局進行核處，而非申請人所稱該署應通知其限期改善。又特約及管理辦法在規範該署與保險醫事服務機構如何進行特約，及保險醫事服務機構違反約定時應如何處置，對保險醫事服

務機構終止特約(誤植為停止特約)之處置，為公法上應處罰之強制規定，有規範該署及保險醫事服務機構之效力，保險醫事服務機構一有該特定情事，該署則應依上開規定予以終止特約(誤植為停止特約)之處置。

- (3)申請人坦承因電腦申報的邏輯設定為每日 2 位藥事人員調劑，申請人藥局憑藉處方調劑申報系統邏輯設定，藉以規避全民健康保險醫療費用支付標準之調劑合理量規定，申請人藥局以未實際執行調劑之藥事人員名義申報藥事服務費，歸咎於電腦程式之設計所造成，縱使無故意，亦有未核對申報藥師是否為實際調劑藥師，其行政過失難辭其咎，依行政罰法第 7 條規定，仍應負過失之責任。
- (4)該署既依法辦理本保險擔負增進國民健康之職，對於本案違規醫事服務機構採取之相同核處一致性原則，已考量其適當性與衡平性，本案申請人藥局以未實際調劑藥事人員之名義，規避合理調劑量之給付方式虛偽申報醫療費用，此舉不僅使該署陷於錯誤而多支付費用，更生損害投保大眾就醫時之醫療品質及該署醫療管理之正確性，該署所為之核處，自有其必要性，且本於職權核處申請人藥局終止特約，並無裁量餘地，亦無違反比例原則。
- (5)一行為同時觸犯刑事法律及違反行政法上義務規定，刑事案件部分如經法院有罪判決確定，依行政罰法第 26 條之規定，行政機關不處以罰鍰。查本案申請人藥局負責藥事人員許○○業經判刑確定，該署並未對申請人藥局不實申報之藥事服務費核定處以 2 倍罰鍰，申請人藥局申請審議理由所提有違一事不二理之法則，容有誤解。
- (6)特約及管理辦法於 102 年 1 月 1 日修正施行，按行政罰法第 5 條規定：「行為後法律或自治條例有變更者，適用行政機關最初裁處時之法律或自治條例。但裁處前之法律或自治條例有利於受處罰者，適用最有利於受處罰者之規定。」，申請人藥局違規事實在特約及管理辦法修正前，裁處在特約及管理辦法修正後，比較新舊法規定，新法規定對申請人藥局處分利益相同，引述新條項款次，因此依裁處時新法規定核處，且考量行政罰法第 27 條及第 45 條規定 3 年裁處權時效，申請人藥局 101 年 6 月之後違規申報點數 41 萬 7,050 點，尚未逾行政罰法規定裁處權 3 年時效，且特約及管理辦法新舊法適用，不會影響到違規行為認定起迄時間，不論新舊法，只要違規行為發生在 3 年裁處權時效內，均得裁處。
- (7)申請人藥局違規申報之醫療費用達 41 萬 7,050 點，已逾 25 萬點，衡其情節，已該當特約及管理辦法第 40 條第 1 項第 2 款所定「以不正當行為或

以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，情節重大。」之構成要件，依法即應予終止特約，該署尚無裁量之餘地。

2. 本件健保署依裁處時特約及管理辦法規定核處，並無不當

按行政罰法第4條及第5條所定之處罰法定原則及從新從輕原則，係指違反行政法上義務之處罰，於行為時或裁處時之法律或自治條例均有明文規定，且行政機關作成裁處所據之法律或自治條例，為最有利於受處罰者之規定。查101年12月28日修正，並自102年1月1日施行之特約及管理辦法，其中有關第40條第1項第2款終止特約及第47條第1項管制負責醫事人員於終止特約期間不予支付費用之規定，係分別由修正前之該辦法第38條第1項第2款及第44條第1項前段規定修正移列而來，比較修正前後對於裁處保險醫事服務機構終止特約之構成要件均為「以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，情節重大」，而對於負責醫事人員之管制於終止特約期間不予支付費用之構成要件，則為「服務機構受停止或終止特約，其負責醫事人員及負有行為責任之醫事人員，於停約期間或終止特約之日起一年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付」，修正前後之構成要件並無不同，從而本件健保署於104年6月17日裁處申請人藥局及其負責藥事人員當時，依行政罰法第5條前段規定，按裁處時之102年1月1日修正施行之特約及管理辦法第40條第1項第2款及第47條第1項規定，核處申請人藥局及其負責藥事人員，並無不當。

3. 本件無一事不二罰

(1)按「一行為同時觸犯刑事法律及違反行政法上義務規定者，依刑事法律處罰之。但其行為應處以其他種類行政罰或得沒入之物而未經法院宣告沒收者，亦得裁處之。」，因為行政罰法第26條第1項所明定。惟查罰鍰及沒入以外之其他種類行政罰，因兼具維護公共秩序之作用，為達行政目的，行政機關仍得與刑事法律之處罰併予裁處，業經法務部95年5月10日法律字第0950700277號函釋在案。

(2)本件申請人藥局負責藥事人員雖已受刑事判決有期徒刑1年10個月，惟健保署裁處申請人藥局終止特約及申請人藥局負責藥事人員於終止特約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付等處分，核其性質為行政罰法第2條所定之其他種類行政罰，健保署認申請人有上揭違規情事，而據以裁處，尚無悖於前開行政罰法規定及法務部函釋意旨，申請人所稱有違一事不二理之法則云云，核屬誤解。

(三)綜上，健保署處以申請人藥局終止特約，並自終止特約之日起1年內，不得

再申請特約，申請人藥局負責藥事人員許○○於終止特約之日起 1 年內，對保險對象提供之藥事服務費用，不予支付，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 項暨第 25 條規定，審定如主文。

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、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 40 條第 1 項第 2 款

「保險醫事服務機構有下列情事之一者，保險人予以終止特約。但於特約醫院，得按其情節就違反規定之診療科別、服務項目或其全部或一部之門診、住院業務，予以停約一年：二、以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，情節重大。」

二、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 43 條第 4 款

「第四十條第一項第二款、第四款所稱情節重大，指下列情事之一：四、違約虛報點數超過二十五萬點。」

三、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 47 條第 1 項

「保險醫事服務機構受停約或終止特約，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，於停約期間或終止特約之日起一年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。」

案情摘要

行政罰法係採「從新從輕」之處罰原則，二代健保施行前之全民健康保險法第 72 條規定，應按其領取之保險給付或醫療費用處以 2 倍罰鍰，而二代健保施行後之全民健康保險法第 81 條則處以申報之醫療費用 2 倍至 20 倍之罰鍰，兩相比較，二代健保施行前之全民健康保險法第 72 條規定自較有利於受處分人。健保署認列虛報之醫療費用，包含 102 年 1 月 1 日二代健保施行前之部分醫療費用，健保署就該部分即應依最有利於申請人之行為時全民健康保險法第 72 條規定裁處 2 倍罰鍰，惟卻全部一律依全民健康保險法第 81 條第 1 項及全民健康保險保險人執行全民健康保險法罰鍰注意事項第 7 點第 3 款規定，裁處申請人 10 倍罰鍰，於法即有未合。

請求事項	撤銷原處分及罰鍰。
審 定	
主 文	一、原核定關於健保署 103 年 2 月 18 日健保○字第 0000000000 號函及 103 年 3 月 19 日健保○字第 0000000000 號函部分申請審議不受理。 二、原核定關於健保署 104 年 9 月 2 日健保○字第 0000000000 號罰鍰處分書部分撤銷，由原核定機關另為適法之核定。
事 實	
<p>一、健保署認定之違規事實：</p> <p>未診治孫姓等 13 位保險對象卻申報診察費及治療診療費，虛報 98 年 2 月至 103 年 1 月間未看診之醫療費用(含診察費、支持性心理治療診療費及特殊心理治療診療費)計 5 萬 5,489 點（其中 5,345 點罹於 3 年裁罰時效，改予以追扣）。</p>	
<p>二、健保署相關文件內容：</p> <p>(一)103 年 2 月 18 日健保○字第 0000000000 號函(停約初核)</p> <p>處申請人診所停止特約 3 個月，其診所負責醫師鍾○○於停止特約期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付；負有行為責任醫師葉○○自 103 年 5 月 1 日至 5 月 31 日止對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。</p>	
<p>(二)103 年 3 月 19 日健保○字第 0000000000 號函(追扣)</p> <p>追扣不當申報之醫療費用 5 萬 5,489 點。</p>	
<p>(三)103 年 4 月 1 日健保○字第 0000000000 號函(停約複核)</p> <p>申請人不服健保署 103 年 2 月 18 日健保○字第 0000000000 號函申請複核，健保署核復維持原核定，惟同意暫緩執行。</p>	
<p>(四)104 年 9 月 2 日健保○字第 0000000000 號罰鍰處分書(罰鍰)</p> <p>1. 受處分人鍾○○係○○診所即申請人診所負責醫師，前經健保署派員訪查，發</p>	

現有虛報醫療費用計 5 萬 144 點(詳 103 年 2 月 18 日健保○字第 0000000000 號函)。

2. 上揭情事，核屬全民健康保險法第 81 條所列違規情事，應處以 10 倍罰鍰，前項行為亦疑涉觸犯刑事法律，依行政罰法第 26 條第 1 項規定暫未核處，現臺灣○○地方法院檢察署已就鍾○○之行為予以不起訴處分，依行政罰法第 26 條第 2 項規定，裁處 10 倍罰鍰新臺幣(下同)45 萬 4,100 元。

三、申請理由要旨

- (一) 其診所為精神科專科診所，因應精神科個案自傷與暴力之風險較高，故在環境規劃上，掛號檯和診間係相鄰之半開放空間，以利醫師在個案一掛號，即可即時掌握個案之病情；本案 13 位個案均為病患親自就診，但因個人因素，無法久候，未進診間，但在其要求拿藥時，醫師便隔著櫃台直接觀察其意識、外觀、情緒、言談舉止，並和其對話，然後以讀卡機查核病患 IC 卡處方紀錄，並將當次門診處方寫入 IC 卡；故個案雖未進診間，但均確實由醫師親自完成診療，才開立處方。
- (二) 本案經健保署移送臺灣○○地方法院檢察署，經檢察官偵查後，予以不起訴處分，經再議、續行偵查後，仍維持不起訴處分。
- (三) 本案與全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條第 3 款及第 4 款之情形完全不同，請補付所有被核扣之診察費、撤銷罰款及停約 3 個月暨鍾○○醫師、葉○○醫師不予支付醫療費用之處分。

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 5 款。
- (二) 行為時全民健康保險法第 72 條(100 年 1 月 26 日修正移列為第 81 條第 1 項，自 102 年 1 月 1 日施行)。
- (三) 行政罰法第 5 條及第 26 條第 2 項。
- (四) 全民健康保險保險人執行全民健康保險法罰鍰注意事項第 7 點。

二、卷證

臺灣○○地方法院檢察署檢察官 103 年度○字第 00000 號不起訴處分書、104 年度○字第 00000 號不起訴處分書、本部 103 年 8 月 28 日衛部○字第 0000000000 號爭議審定書、104 年 1 月 8 日衛部○字第 0000000000 號訴願決定書等影本及健保署意見書。

三、審定理由

- (一) 依卷附前開相關資料顯示，健保署於 102 年 12 月 2 日至 103 年 1 月 6 日期

間派員訪查申請人及保險對象，發現申請人診所有就孫姓等 13 位保險對象未接受醫師診治，卻向健保署虛報診察費、支持性心理治療診療費及特殊心理治療診療費計 5 萬 5,489 點(3 年裁處權期間內為 5 萬 144 點)違規情事，乃以 103 年 2 月 18 日健保○字第 0000000000 號函核處申請人診所停止特約 3 個月，申請人診所負責醫師鍾○○於停止特約 3 個月期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付、負有行為責任醫師葉○○於停止特約 1 個月期間，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付；並於 103 年 3 月 19 日以健保○字第 0000000000 號函核定追扣不當申報之醫療費用 5 萬 5,489 點。申請人診所申請複核後，健保署以 103 年 4 月 1 日健保○字第 0000000000 號函核復仍維持原核定，至罰鍰部分，暫未核處。申請人不服，申請爭議審議，經本部以 103 年 8 月 28 日衛部○字第 0000000000 號審定書審定：「申請審議駁回。」；申請人仍未甘服，循序提起訴願，經本部以 104 年 1 月 8 日衛部○字第 0000000000 號訴願決定書決定：「訴願不受理。」，嗣臺灣○○地方法院檢察署檢察官就鍾○○及葉○○醫師之行為予以不起訴處分，健保署乃依行政罰法第 26 條第 2 項規定，就前開虛報醫療費用裁處 10 倍罰鍰 45 萬 4,100 元，合先敘明。

(二) 申請人檢附健保署 103 年 2 月 18 日健保○字第 0000000000 號函、103 年 3 月 19 日健保○字第 0000000000 號函、104 年 9 月 2 日健保○字第 0000000000 號罰鍰處分書及臺灣○○地方法院檢察署檢察官 103 年度○字第 00000 號不起訴處分書、104 年度○字第 00000 號不起訴處分書，主張個案雖未進診間，但均確實由其診所醫師親自完成診療，才開立處方，復經臺灣○○地方法院檢察署檢察官予以不起訴處分確定，本案與特約及管理辦法第 39 條第 3 款及第 4 款之情形完全不同，請補付所有被核扣之診察費、撤銷罰款及停約 3 個月暨鍾○○醫師、葉○○醫師不予支付醫療費用之處分云云，茲查核如下：

甲、關於健保署 103 年 2 月 18 日健保○字第 0000000000 號函及 103 年 3 月 19 日健保○字第 0000000000 號函部分

查申請人不服前開健保署 103 年 2 月 18 日健保○字第 0000000000 號函及 103 年 3 月 19 日健保○字第 0000000000 號函，循序申請爭議審議及提起訴願，業分別遭駁回及不受理在案，已如前述，茲申請人復就同一事件向本部申請審議，核屬對已審定之爭議案件重行提出申請，程序自有未合，應不受理。

乙、關於 104 年 9 月 2 日健保○字第 0000000000 號罰鍰處分書部分

1. 本件違規事實業經本部審認有案：

本件申請人診所上開違規事實循序申經本部爭議審議，認為保險對象於接受健保署訪查訪問時，該署均有提示渠等就醫資料供渠等確認，渠等均明確證稱至申請人診所就診沒有進入診間接受醫師診治，也沒有人在診所詢問其病況等語，且此部分亦為申請人診所負責醫師鍾○○及執業醫師葉○○於 103 年 1 月 6 日接受健保署訪查訪問時所不否認，乃審定駁回在案。

2. 本件罰鍰之計算，健保署援引現行全民健康保險法第 81 條規定，對於申請人虛報全部之醫療費用，裁處申請人 10 倍罰鍰，容有未合：

- (1) 健保署依全民健康保險法第 81 條規定所為之罰鍰，與司法機關認定犯罪是否成立及應科處何種刑罰，性質有別，二者關於事實認定及證據取捨應適用之證據法則原非一致，蓋司法機關所認定之事實，行政機關雖可以為適用行政法規之依據，惟司法機關科處之「證明力」，通說認為必須「超越合理之懷疑」，故刑事訴訟法第 154 條明定：「被告未經審判證明有罪確定前，推定其為無罪。犯罪事實應依證據認定之，無證據不得認定犯罪事實」，而行政機關所為秩序罰，則係法律制裁制度中輕度之行政罰，對人民權益之侵害，遠低於刑罰，其認定違規之證據證明力，以「優勢證據」為已足，故如有其他足資佐證之合理證據，即得本於職權認定事實。
- (2) 本件健保署依據其查得資料，本於職權認定申請人有虛報系爭醫療費用之違規情事，業經本部前開爭議審定審認在案，已如前述，所舉臺灣臺北地方法院檢察署檢察官不起訴處分書，固尚難執為本案之論據。
- (3) 惟按行政罰法第 5 條規定：「行為後法律或自治條例有變更者，適用行政機關最初裁處時之法律或自治條例。但裁處前之法律或自治條例有利於受處罰者，適用最有利於受處罰者之規定。」，即行政罰法係採「從新從輕」之處罰原則，而罰鍰規定之比較，原則上應以規定較低的最高罰鍰額度之法律，認為是最輕之法律，依二代健保施行前之全民健康保險法第 72 條規定，應按其領取之保險給付或醫療費用處以 2 倍罰鍰，而二代健保施行後之全民健康保險法第 81 條則處以申報之醫療費用 2 倍至 20 倍之罰鍰，兩相比較，二代健保施行前之全民健康保險法第 72 條規定自較有利於受處分人。
- (4) 本件依健保署 104 年 9 月 2 日健保○字第 0000000000 號罰鍰處分書所附罰鍰核算表記載，健保署認列虛報 100 年 2 月 11 日至 102 年 12 月 10 日期間醫療費用 5 萬 144 點，包含 102 年 1 月 1 日二代健保施行前之部分醫療費用，健保署就該部分即應依最有利於申請人之行為時全民健康保險法第 72 條規定裁處 2 倍罰鍰，惟卻全部一律依全民健康保險法第 81 條第 1 項及全民健康保險保險人執行全民健康保險法罰鍰注意事項第 7 點第 3 款規定，裁處申

請人 10 倍罰鍰，於法即有未合。

(三) 綜上，原核定關於健保署 103 年 2 月 18 日健保○字第 000000000 號函及 103 年 3 月 19 日健保○字第 000000000 號函部分，申請審議不受理；原核定關於 104 年 9 月 2 日健保○字第 000000000 號罰鍰處分書部分撤銷，由原核定機關另為適法之核定。

據上論結，本件申請為部分不合法，部分有理由，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 5 款、第 19 條第 2 項暨第 25 條規定，審定如主文。

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 5 款

「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：五、對已審定或已撤回之爭議案件重行提出申請。」

二、行為時全民健康保險法第 72 條

「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付或申報醫療費用者，按其領取之保險給付或醫療費用處以二倍罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因此領取之醫療費用，得在其申報應領費用內扣除。」

三、全民健康保險法第 81 條第 1 項

「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付、申請核退或申報醫療費用者，處以其領取之保險給付、申請核退或申報之醫療費用二倍至二十倍之罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因該事由已領取之醫療費用，得在其申報之應領醫療費用內扣除。」

四、行政罰法第 5 條

「行為後法律或自治條例有變更者，適用行政機關最初裁處時之法律或自治條例。但裁處前之法律或自治條例有利於受處罰者，適用最有利於受處罰者之規定。」

五、行政罰法第 26 條第 2 項

「前項行為如經不起訴處分或為無罪、免訴、不受理、不付審理之裁判確定者，得依違反行政法上義務規定裁處之。」

六、全民健康保險保險人執行全民健康保險法罰鍰注意事項第 7 點

「保險醫事服務機構以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而申報醫療費用者，其罰鍰標準如下：(一) 保險醫事服務機構違約申報醫療費用，點數

在二萬五千點以下者，處二倍罰鍰。(二) 保險醫事服務機構違約申報醫療費用，點數超過二萬五千點，未逾五萬點者，處五倍罰鍰。(三) 保險醫事服務機構違約申報醫療費用，點數超過五萬點，且無全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法所定情節重大者，處十倍罰鍰。(四) 符合全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法所定情節重大者，處十五倍罰鍰。(五) 符合全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第五條第一項各款不予特約者，處二十倍罰鍰。」

案情摘要

按「保險醫事服務機構不服保險人依本辦法規定處置所為之通知時，得於收受通知後三十日內，以書面申請複核，但以一次為限。」，全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 48 條第 1 項定有明文。特約院所未於規定期限內申請複核，健保署不予受理，核無不合。

請求事項	原核定及罰鍰處分書均撤銷。
審 定	
主 文	一、關於健保署 103 年 10 月 9 日健保○字第 0000000000 號函部分申請審議不受理。 二、其餘申請審議駁回。
事 實	
一、健保署相關文件內容：	
(一) 103 年 9 月 29 日健保○字第 0000000000 號函要旨〔終止特約及扣減 10 倍醫療費用初核；正本受文者○○診所、楊○○；副本受文者○○醫院等〕	
1. 訪查日期及對象：102 年 12 月 27 日至 103 年 5 月 15 日期間派員訪查申請人、○○護理之家負責人及保險對象。	
2. 違規情事：虛報醫療費用(虛報居家治療其他專業人員處置費、保險對象領慢性病連續處方箋第 2 次或 3 次用藥時多刷 1 筆健保卡、未診治保險對象卻自創就醫紀錄、未開立慢性病連續處方箋或保險對象每月就診卻以慢性病連續處方箋向健保署虛報醫療費用)及未經醫師診斷逕行提供醫事服務。	
3. 裁罰內容：核定申請人診所自 103 年 12 月 1 日起終止特約，並自終止之日起一年內不得再申請特約，申請人診所負責醫師楊○○於前述終止特約之日起一年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，暨扣減未經醫師診斷逕行提供醫事服務醫療費用之 10 倍金額。	
(二) 103 年 10 月 9 日健保○字第 0000000000 號函要旨(正本受文者為○○醫院)	
1. 依健保署 103 年 9 月 29 日健保○字第 0000000000 號函副本辦理。	
2. ○○醫院支援醫師楊○○醫師因於○○診所開業期間違反全民健康保險規定，經該署處以終止醫療業務 1 年，於 103 年 12 月 1 日至 104 年 11 月 30 日終止特約期間，楊○○醫師對保險對象所提供之醫療服務，不予給付。	
(三) 104 年 9 月 18 日健保○字第 0000000000 號罰鍰處分書(罰鍰)	
1. 受處分人楊○○係○○診所負責醫師，於承辦全民健康保險醫療業務期間，經查有虛報居家治療其他專業人員處置費、未診治保險對象卻自創就醫紀錄等情事，向該署虛報醫療費用新臺幣（下同）14 萬 6,563 元(詳健	

- 保署 103 年 9 月 29 日健保查字第 0000000000 號函)。
2. 上揭情事，核屬全民健康保險法第 81 條所列違規情事，應處以 2 倍罰鍰 29 萬 3,126 元(計算式：146,563 元 * 2 = 293,126 元)。
- (四) 104 年 10 月 16 日健保○字第 0000000000 號函(終止特約及扣減 10 倍醫療費用複核)
- 申請人診所不服 103 年 9 月 29 日健保○字第 0000000000 號函及 103 年 10 月 9 日健保○字第 0000000000 號函，提起訴願再審案，經衛生福利部以複核程序尚未踐行，函移該署處理。
 - 有關 103 年 10 月 9 日健保○字第 0000000000 號函，經查係該署針對 103 年 9 月 29 日健保○字第 0000000000 號函副本所為處分案，依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 47 條規定，另行通知申請人診所楊○○醫師之支援醫院，略以該診所負責醫師楊○○自終止特約之日起一年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付之核定，並無不合。
 - 依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 48 條規定：保險醫事服務機構(申請人診所)如不服保險人(該署)依本辦法規定處置所為之通知時，得於收受通知後 30 日內，以書面申請複核，但以 1 次為限；惟查申請人診所於 103 年 10 月 1 日收受旨函通知，依規定應於 103 年 10 月 30 日前申請複核，因申請人診所未於規定期限內申請複核，該署不予受理。

二、申請理由要旨

- (一) 其雖知其絕無健保署處分書之情事，惟為求與健保署之間和諧契約關係，故未於接獲停約處分後提起爭議審議及訴願，健保署 103 年 9 月 29 日健保○字第 0000000000 號函業已確定。
- (二) 本案經健保署移送臺灣○○地方法院檢察署檢察官偵查後，認無任何積極事證足以證明申請人有虛報、詐欺或違法事由，而給予不起訴處分在案，足見健保署前開核定係嚴重違法與違誤，依訴願法第 97 條第 1 項第 9 款之規定，提起本案訴願再審。
- (三) 健保署逕以其有虛報醫療費用 15 萬 3,359 點處停約 1 年及 2 倍罰鍰，於法自有疏誤，原處分應予撤銷。

理由

一、法令依據

- (一) 全民健康保險爭議事項審議辦法第 2 條第 1 項、第 3 項及第 18 條第 1 項第 6 款。
- (二) 行為時全民健康保險法第 72 條(100 年 1 月 26 日修正移列為第 81 條第 1 項，

自 102 年 1 月 1 日施行)。

- (三) 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下簡稱特約及管理辦法）第 48 條第 1 項。
- (四) 行政罰法第 26 條第 2 項。
- (五) 全民健康保險保險人執行全民健康保險法罰鍰注意事項第 7 點。

二、卷證

臺灣○○地方法院檢察署檢察官 104 年度○字第 00000 號不起訴處分書、中華郵政掛號郵件收件回執、查處表、訪查報告、行政院 104 年 10 月 2 日院臺○字第 0000000000 號移文單、本部 104 年 10 月 12 日衛部○字第 0000000000 號書函等影本及健保署意見書。

三、審定理由

- (一) 依卷附前開相關資料顯示，健保署檔案分析發現申請人申報居家治療其他專業人員處置費申報案件，有未依規定刷健保卡取卡號等異常情形，乃於 102 年 12 月 27 日至 103 年 5 月 15 日期間派員訪查申請人、○○護理之家負責人及保險對象，發現申請人診所有虛報醫療費用及未經醫師診斷逕行提供醫事服務之違規情事，乃以 103 年 9 月 29 日健保○字第 0000000000 號函核處申請人診所自 103 年 12 月 1 日起終止特約，並自終止之日起一年內不得再申請特約，申請人診所負責醫師楊○○於前述終止特約之日起一年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，暨扣減未經醫師診斷逕行提供醫事服務醫療費用之 10 倍金額，該函同時副知申請人診所負責醫師楊○○支援之○○醫院等，健保署另於 103 年 10 月 9 日以健保○字第 0000000000 號函知○○醫院，略以申請人診所 103 年 12 月 1 日至 104 年 11 月 30 日終止特約期間，楊○○醫師對保險對象所提供之醫療服務，該署不予給付等語，至罰鍰部分，暫未核處。
- (二) 嗣臺灣○○地方法院檢察署檢察官就申請人診所負責醫師楊○○之行為予以不起訴處分，健保署依行政罰法第 26 條第 2 項規定，就前開虛報醫療費用以 104 年 9 月 18 日健保○字第 0000000000 號罰鍰處分書裁處 2 倍罰鍰 29 萬 3,126 元，另申請人於 104 年 9 月 25 日向行政院提起訴願，請求撤銷健保署 103 年 9 月 29 日健保○字第 0000000000 號及 103 年 10 月 9 日健保○字第 0000000000 號函，經行政院以 104 年 10 月 2 日院臺○字第 0000000000 號移文單移由衛生福利部以 104 年 10 月 12 日衛部○字第 0000000000 號書函轉健保署函復，略以未於規定期限內申請複核，不予受理等語。
- (三) 申請人主張其係為求與健保署之和諧契約關係，故未於接獲前開核定文件後

提起爭議審議及訴願，嗣經臺灣○○地方法院檢察署偵查確認無違法情事，足見健保署所為之核定係嚴重違法與違誤云云，茲查核如下：

甲、關於健保署 103 年 10 月 9 日健保○字第 0000000000 號函部分

此部分僅係健保署依前揭該署 103 年 9 月 29 日健保○字第 0000000000 號函，再次通知○○醫院，略以楊○○醫師於 103 年 12 月 1 日至 104 年 11 月 30 日對保險對象所提供之醫療服務，該署不予給付等語，核其內容係單純事實說明，對申請人權利尚不發生具體之法律上效果（臺北高等行政法院 93 年度簡字第 296 號裁定可資參考），自非行政處分，即非首揭辦法所定之核定案件，申請人對之向本部申請審議，自有未合，應不予受理。

乙、健保署 103 年 9 月 29 日健保○字第 0000000000 號函及 104 年 10 月 16 日健保○字第 0000000000 號函部分（終止特約及扣減 10 倍醫療費用）

1. 按「保險醫事服務機構不服保險人依本辦法規定處置所為之通知時，得於收受通知後三十日內，以書面申請複核，但以一次為限。」，特約及管理辦法第 48 條第 1 項定有明文。

2. 查健保署 103 年 9 月 29 日健保○字第 0000000000 號函，係於 103 年 10 月 1 日送達申請人，有與申請人同址之○○社區管理員簽受之中華郵政掛號郵件收件回執影本附卷可稽，且前開函亦載明「貴診所如不服本署以上之核定，得於收到本通知後 30 日內，以書面檢具相關事證向本署申請複核，並以 1 次為限。」等語，則申請人應於 103 年 10 月 31 日前向健保署申請複核。惟申請人遲至 104 年 9 月 25 日始向行政院提起訴願為不服上開健保署核定之意思表示，此有申請人記載於送行政院之「訴願再審申請書」之日期附卷可憑，因申請人未依前開規定踐行複核程序，經行政院以 104 年 10 月 2 日院○字第 0000000000 移文單移由衛生福利部以 104 年 10 月 12 日衛部○字第 0000000000 號書函轉健保署處理，健保署函復，略以申請人未於規定期限內申請複核，該署不予受理等語，經核並無不合。

丙、健保署 104 年 9 月 18 日健保○字第 0000000000 號罰鍰處分書

1. 罰鍰處分書所涉之違規事實業已確定

本件罰鍰處分係依健保署 103 年 9 月 29 日健保○字第 0000000000 號函認定之違規事實所為之後續裁罰，承前所述，申請人於 103 年 10 月 1 日接獲前揭健保署 103 年 9 月 29 日健保○字第 0000000000 號函後，並未依規定踐行複核程序，行政處分業已確定，為申請人所自承。

2. 本件 2 倍罰鍰之計算金額，對申請人已屬從寬

(1) 健保署依全民健康保險法第 81 條第 1 項規定所為之罰鍰，與司法機關認定

犯罪是否成立及應科處何種刑罰，性質有別，構成要件不同，查申請人有虛報系爭醫療費用之違規情事，前經該署以 103 年 9 月 29 日健保○字第 0000000000 號函核處申請人診所自 103 年 12 月 1 日起終止特約，並自終止之日起一年內不得再申請特約，申請人診所負責醫師楊○○於前述終止特約之日起一年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付有案，申請人未依規定踐行複核程序，行政處分業已確定，已如前述，依全民健康保險法規定，健保署原應處以罰鍰，惟因案涉觸犯刑事法令，該署乃依行政罰法第 26 條第 1 項規定，暫未核處，現因臺灣臺北地方法院檢察署檢察官已就申請人診所負責醫師之行為予以不起訴處分，健保署爰據以依行政罰法第 26 條第 2 項規定，對申請人診所負責醫師裁處虛報醫療費用之 2 倍罰鍰，依法有據，所舉臺灣○○地方法院檢察署檢察官不起訴處分書，尚難執為本案之論據。

(2) 惟按行政罰法第 5 條規定：「行為後法律或自治條例有變更者，適用行政機關最初裁處時之法律或自治條例。但裁處前之法律或自治條例有利於受處罰者，適用最有利於受處罰者之規定。」，即行政罰法係採「從新從輕」之處罰原則，而罰鍰規定之比較，原則上應以規定較低的最高罰鍰額度之法律，認為是最輕之法律，依二代健保施行前之全民健康保險法第 72 條規定，應按其領取之保險給付或醫療費用處以 2 倍罰鍰，而二代健保施行後之全民健康保險法第 81 條則處以申報之醫療費用 2 倍至 20 倍之罰鍰，兩相比較，二代健保施行前之全民健康保險法第 72 條規定自較有利於受處分人。

(3) 本件依健保署 104 年 9 月 18 日健保○字第 0000000000 號罰鍰處分書所附罰鍰核算表記載，健保署認列虛報 101 年 1 月至 102 年 12 月期間醫療費用 15 萬 3,359 點(14 萬 6,563 元)，包含 102 年 1 月 1 日二代健保施行前之部分醫療費用，健保署就該部分即應依最有利於申請人之行為時全民健康保險法第 72 條規定裁處 2 倍罰鍰，惟卻全部一律依全民健康保險法第 81 條第 1 項裁處，於法固有未合。然健保署處以申請人 2 倍罰鍰，已屬最低之處罰，對申請人核屬有利，基於行政救濟不得為更不利申請人之決定，仍應予維持。

(四) 綜上，健保署 103 年 10 月 9 日健保○字第 0000000000 號函部分，申請審議不受理；其餘原核定並無不合，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 6 款、第 19 條第 1 項暨第 25 條規定，審定如主文。

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 2 條第 1 項及第 3 項

「保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對於保險人核定下列全民健康保險權益案件有爭議時，得依本辦法規定申請權益案件之審議：一、關於保險對象之資格及投保手續事項。二、關於被保險人投保金額事項。三、關於保險費、滯納金及罰鍰事項。四、關於保險給付事項。五、其他關於保險權益事項。」「保險醫事服務機構對於保險人核定保險醫事服務機構特約管理案件有爭議時，得依本辦法規定申請特約管理案件之審議。」

二、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 6 款

「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：六、爭議之內容非第二條所定事項。」

三、行為時全民健康保險法第 72 條

「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付或申報醫療費用者，按其領取之保險給付或醫療費用處以二倍罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因此領取之醫療費用，得在其申報應領費用內扣除。」

四、全民健康保險法第 81 條第 1 項

「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付、申請核退或申報醫療費用者，處以其領取之保險給付、申請核退或申報之醫療費用二倍至二十倍之罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因該事由已領取之醫療費用，得在其申報之應領醫療費用內扣除。」

五、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 48 條第 1 項

「保險醫事服務機構不服保險人依本辦法規定處置所為之通知時，得於收受通知後三十日內，以書面申請複核，但以一次為限。」

六、行政罰法第 26 條第 2 項

「前項行為如經不起訴處分、緩起訴處分確定或為無罪、免訴、不受理、不付審理、不付保護處分、免刑、緩刑之裁判確定者，得依違反行政法上義務規定裁處之。」

七、全民健康保險保險人執行全民健康保險法罰鍰注意事項第 7 點

「保險醫事服務機構以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而申報醫療費用者，其罰鍰標準如下：（一）保險醫事服務機構違約申報醫療費用，點數在二萬五千點以下者，處二倍罰鍰。（二）保險醫事服務機構違約申報醫療費用，點數超過二萬五千點，未逾五萬點者，處五倍罰鍰。（三）保險醫事

服務機構違約申報醫療費用，點數超過五萬點，且無全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法所定情節重大者，處十倍罰鍰。（四）符合全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法所定情節重大者，處十五倍罰鍰。（五）符合全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第五條第一項各款不予特約者，處二十倍罰鍰。」

二、投保事項

案情摘要

當事人間有無僱傭關係屬私法爭議，健保署依民事法院判決認定之結果核辦自原投保單位轉出退保手續，核無不合。

請求事項	健保應由○○公司為承保。
審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	健保署 103 年 6 月 5 日健保○字第 0000000000 號函要旨 該署業依○○公司提具之退保申報表，辦理申請人自 101 年 2 月 24 日退保轉出，申請人自 101 年 2 月 24 日至 7 月 30 日期間投保紀錄中斷，請儘速依適法身分銜接投保，以維健保就醫權益。
理 由	<p>一、法令依據 行為時全民健康保險法第 8 條第 1 項第 1 款及第 16 條。</p> <p>二、依卷附相關資料顯示，本件係○○公司檢附臺灣○○地方法院 102 年 9 月 30 日 101 年度○字第 000 號民事判決及全民健康保險保險對象退保申報表，向健保署申報申請人追溯自 101 年 2 月 24 日自該公司退保轉出。健保署乃依前開判決意旨及○○公司之申報，核定申請人追溯自 101 年 2 月 24 日由○○公司轉出，並請申請人儘速依適法身分銜接投保，以維健保就醫權益，經核與行為時全民健康保險法第 16 條規定意旨，尚無不合。</p> <p>三、申請人雖主張依 100 年 12 月 8 日○○行政法院 100 年度○字第 00000 號判決，不分職級與○○公司具勞動契約關係，故健保應由○○公司承保云云，惟健保署意見書業已陳明，略以查○○行政法院 100 年○字第 00000 號判決，係勞動部勞工保險局就○○公司未為業務人員顏○○等 3 千多人提繳退休金之罰鍰案，而本案○○公司與申請人是否為僱傭關係，既經臺灣○○地方法院個案證據事實調查，判決確認兩造間之契約性質並非僱傭契約或勞動基準法所稱勞動契約，該署據以追溯退保，於法並無不合等語，所稱核不足採。</p> <p>四、綜上，健保署核定申請人自 101 年 2 月 24 日由○○公司轉出，並通知申請人辦理銜接投保，於法並無不合，原核定應予維持。</p> <p>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。</p>

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、行為時全民健康保險法第 8 條第 1 項第 1 款

「被保險人分為下列六類：一、第一類：(一)政府機關、公私立學校之專任有給人員或公職人員。(二)公、民營事業、機構之受雇者。(三)前二目被保險人以外有一定雇主之受雇者。(四)雇主或自營業主。(五)專門職業及技術人員自行執業者。」

二、行為時全民健康保險法第 16 條

「投保單位應於保險對象合於投保條件之日起 3 日內，向保險人辦理投保；並於退保原因發生之日起 3 日內，向保險人辦理退保。」

案情摘要

大陸地區人士取得以團聚事由來臺之居留證明入境後，再申准依親居留之證明，自以團聚居留證明入境後在臺居留滿 6 個月之日起即應強制參加全民健康保險。

請求事項	眷屬陳○○以投保開始繳納保費。
審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、案件緣由及原核定內容要旨</p> <p>(一) 繳款單</p> <p>健保署於 103 年 11 月 14 日開單計收申請人眷屬陳○○103 年 10 月(含 103 年 8 月至 10 月)保險費計新臺幣(下同) 2,247 元。</p> <p>(二) 健保署 103 年 12 月 12 日健保○字第 0000000000 號函</p> <ol style="list-style-type: none">申請人收訖前開計收其眷屬陳○○保險費繳款單後，於 103 年 11 月 27 日向健保署申訴，略以保險是權利義務相互關係，沒有投保，為何要先付錢？民眾不知政府法令，政府應來函通知辦理投保，其為中低收入戶，無法繳納保險費云云。經健保署函復申請人，略以按全民健康保險法第 9 條規定，非本國籍人士在臺灣地區領有居留證明文件者，自在臺居留滿 6 個月起，應一律參加本保險。查陳○○於 102 年 12 月 12 日取得團聚事由居留證，後於 103 年 2 月 28 日入境，該署核定於在臺居留滿 6 個月之 103 年 8 月 31 日(原核定誤植為 103 年 8 月 28 日)加保生效，並於 103 年 10 月份繳款單計收加保期間 103 年 8 月至 10 月保險費計 2,247 元，並無違誤等語。 <p>二、申請人檢附前開繳款單及函影本，一併向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據：</p> <p>全民健康保險法第 9 條第 1 款及其施行細則第 8 條第 2 項前段。</p> <p>二、事實認定部分</p> <p>(一) 強制納保對象：</p> <p>本件申請人配偶陳○○係大陸地區人士，102 年 12 月 12 日申准取得以團聚事由來臺之居留證明，103 年 2 月 28 日入境，103 年 4 月 22 日復申准依親居留，自在臺居留滿 6 個月之 103 年 8 月 31 日起為本保險強制納保之保險對象。</p> <p>(二) 加保情形：</p> <p>申請人配偶陳○○原應自取得居留證明文件在臺居留滿 6 個月</p>

之 103 年 8 月 31 日起參加本保險，惟其未以適當身分加保，迄至 103 年 10 月 15 日始由申請人辦理以第 6 類第 2 目被保險人眷屬身分依附申請人加保於○○縣○○市公所(103 年 12 月 25 日改制為○○市○○區公所)。

(三) 綜上，陳○○應自 103 年 8 月 31 日起加保，申請人並應繳納其眷屬陳○○系爭 103 年 8 月至 10 月保險費。

三、申請人主張其並未接獲有關機關通知其配偶陳○○究應自何時投保，爰不知應於何時辦理投保；依其查詢市公所承辦健保單位表示係辦妥依親居留之 103 年 4 月 21 日後申辦健保，因此其乃於 103 年 10 月 21 日申辦投保；依一般常理，不論公私保險單位，以投保日開始計費，況其並非故意延期辦理投保；健保署追溯補繳未加保之保費，有無法令依據？倘依此計算，其眷屬陳○○入境後辦理健康檢查，理應可以申請墊付費用之核退云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 健保署意見書陳明，略以：

1. 依全民健康保險法規定，保險對象合於投保資格者，應按其所屬身分類別加保及負擔保險費，另全民健康保險法第 91 條規定，保險對象不依規定參加本保險者，除處罰鍰外，並追溯自合於投保條件之日起補辦投保。故本保險原則上採申報制，課以投保單位及保險對象主動積極申報投保之作為義務，惟保險對象不為投保申報作為時，全民健康保險法賦予該署對未在保或有中斷投保紀錄之保險對象，追溯自合於投保條件之日起，逕予補辦加保之職責。
2. 申請人配偶於本保險投保期間，如有因就醫自墊醫療費用之情事，可依全民健康保險法第 55 條及第 56 條相關規定，向該署申請核退，其參加本保險應享有之就醫權益仍受保障。

(二) 全民健康保險係屬強制性社會保險，凡在臺灣地區領有居留證明文件，且在臺居留滿一定期間，而符合本保險投保資格者，均應一律參加本保險，不得有中斷情事。又全民健康保險法係為提供醫療保健服務而制定，經立法院通過並經總統公布施行之法律，全體保險對象即有主動知悉及遵循之義務，個人尚不得因不了解法令規定內容或未收到通知等理由，而主張免除應負擔之義務。

四、法律適用結果

綜上，健保署核定申請人眷屬陳○○自 103 年 8 月 31 日起加保，並開單計收申請人系爭其眷屬陳○○之保險費，核無不合，原核定均應予維持。

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。

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 9 條第 1 款

「除前條規定者外，在臺灣地區領有居留證明文件，並符合下列各款資格之一者，亦應參加本保險為保險對象：一、在臺居留滿六個月。」

二、全民健康保險法施行細則第 8 條第 2 項前段

「本法第九條第一款所稱在臺居留滿六個月，指進入臺灣地區居留後，連續居住達六個月或曾出境一次未逾三十日，其實際居住期間扣除出境日數後，併計達六個月。」

案情摘要

外籍人士取得居留證明後來臺，連續居住達 6 個月，或曾出境 1 次未逾 30 日，其實際居住期間扣除出境日數後，併計達 6 個月之日起，即為全民健康保險強制納保之保險對象。

請求事項	退回員工商能間○○之眷屬能間○○、能間○○及能間○○之追溯保險費。
審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、繳款單內容 104 年 2 月保險費新臺幣（下同）32 萬 1,796 元（含追溯補收申請人員工商能間○○之眷屬能間○○、能間○○及能間○○102 年 10 月至 104 年 1 月保險費計 5 萬 532 元）。</p> <p>二、申請人就追溯補收其員工商能間○○之眷屬能間○○、能間○○及能間○○102 年 10 月至 104 年 1 月保險費部分，向本部申請審議。</p>
理由	<p>一、法令依據 全民健康保險法第 2 條第 2 款、第 9 條第 1 款及其施行細則第 8 條第 2 項。</p> <p>二、事實認定部分</p> <p>(一) 強制納保對象： 本件申請人員工商能間○○之配偶能間○○，及 2 名子女能間○○、能間○○均係日本籍，102 年 3 月 23 日以「依親」事由，申准取得居留證，自 102 年 3 月 23 日入境後，於 102 年 8 月 4 日出境至 102 年 8 月 17 日入境，出境期間未逾 30 日，扣除該次出境日數 13 日，其等實際居住臺灣地區期間至 102 年 10 月 6 日已達 6 個月（102 年 3 月 23 日 + 居留 6 個月 + 出境 13 天），自該日起即為本保險強制納保之保險對象。</p> <p>(二) 加保情形： 申請人員工商能間○○之配偶能間○○，及 2 名子女能間○○、能間○○，原均應自取得居留證且在臺居留滿 6 個月之 102 年 10 月 6 日起參加本保險，惟其等未以適當身分加保，迄至 103 年 12 月 23 日始由申請人申報以第 1 類被保險人眷屬身分依附申請人員工商能間○○加保於申請人公司。</p> <p>(三) 入出境情形： 申請人員工商能間○○之眷屬能間○○、能間○○及能間○○於</p>

102 年 12 月 25 日出境至 104 年 1 月 3 日入境，其間多次出入境，皆未於出境前或停留境外期間申請停保，且每單次出境期間均未滿 6 個月，不符停保免繳保險費之規定。

(四) 綜上，申請人員工能間○○之眷屬能間○○、能間○○及能間○○均應自 102 年 10 月 6 日起參加本保險，能間○○並應繳納渠等 3 名眷屬能間○○、能間○○及能間○○系爭 102 年 10 月至 104 年 1 月保險費。

三、申請人主張健保署網站資訊並未詳述可出境 1 次未達 30 日，可扣除出境日數計算居留 6 個月期間之規定，造成不符合投保資格的錯誤認知，且自入境以來，能間君家中稚子皆為自費看診，未使用健保相關補助，健保署未主動通知外籍人士已符合投保條件，亦未在媒體上宣導相關法令，在管理上有漏洞，對守法的外籍人士留下不好的印象，請依照自行投保的時間，自 103 年 12 月開始計算保費云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 健保署意見書陳明，略以：

1. 全民健康保險開辦之初，主要是以保障本國國民之健康為宗旨，故規定投保者以具中華民國國籍並在臺灣地區設有戶籍者為限。另基於國際勞工公約規定，外籍勞工應與本國勞工享有相同照顧之慣例，外國籍人士加保，限於受僱之外籍勞工，並領有居留證者。又為落實全民納保，於 88 年修法放寬非受僱者(或無工作許可者)或其眷屬在臺灣地區領有居留證件之加保資格，並訂定期間之合格等待期。
2. 該署網站資訊除全民健康保險法第 9 條外，尚有全民健康保險法施行細則第 8 條說明在臺居留滿 6 個月定義，所提供之資訊應已充分。另全民健康保險法相關規定，該署多年來持續舉辦各種說明會及利用各項媒體廣為宣導。
3. 依全民健康保險法第 15 條第 6 項規定，投保單位應於保險對象合於投保條件之日起 3 日內，向保險人辦理投保，足見本保險係採申報制，保險對象之異動應主動向該署申報，申請人不得將通知申報投退保異動之責歸屬該署。
4. 又為保障保險對象就醫權益，保險對象於加保期間如有自墊醫療費用之情事，得依規定申請核退，保險對象就醫權益仍受保障。

(二) 全民健康保險係屬強制性之社會保險，凡在臺灣地區領有居留證

明文件，且在臺居留滿一定期間，而符合本保險投保資格者，均應一律參加本保險，不得有中斷情事。又全民健康保險法係為提供醫療保健服務而制定，經立法院通過並經總統公布施行之法律，全體保險對象即有主動知悉及遵循之義務，尚不得因不瞭解法令規定內容、未收到通知或未使用本保險醫療資源等理由，而主張免除應負擔之義務。

四、法律適用結果

綜上，健保署開單計收申請人員能間○○之眷屬能間○○、能間○○及能間○○系爭保險費，核無不合，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。

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2條第2款

「本法用詞，定義如下：二、眷屬：（一）被保險人之配偶，且無職業者。（二）被保險人之直系血親尊親屬，且無職業者。（三）被保險人二親等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。」

二、全民健康保險法第9條第1款

「除前條規定者外，在臺灣地區領有居留證明文件，並符合下列各款資格之一者，亦應參加本保險為保險對象：一、在臺居留滿六個月。」

三、全民健康保險法施行細則第8條第2項

「本法第九條第一款所稱在臺居留滿六個月，指進入臺灣地區居留後，連續居住達六個月或曾出境一次未逾三十日，其實際居住期間扣除出境日數後，併計達六個月。」

案情摘要

以聘僱事由取得居留證明文件之外籍人士，縱登記為公司負責人，仍可以受僱者身分參加全民健康保險。

請求事項	撤銷追繳 103 年 5 月至 104 年 6 月保險費。
審定	
主文	原核定撤銷，由原核定機關另為適法之核定。
事實	繳款單內容 計收 103 年 5 月至 104 年 6 月每月保險費新臺幣（下同）2,484 元，共計 3 萬 4,776 元。
理由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 9 條第 2 款、第 10 條第 1 項第 1 款、第 27 條第 1 款第 2 目、第 3 目及第 30 條第 1 項第 1 款。</p> <p>(二) 全民健康保險法施行細則第 42 條及第 49 條。</p> <p>(三) 改制前行政院衛生署中央健康保險局（以下簡稱改制前健保局，102 年 7 月 23 日改制為健保署）101 年 8 月 30 日健保承字第 1010070519 號函。</p> <p>二、按第 1 類第 2 目被保險人（受僱者）之保險費負擔由被保險人及其眷屬自付百分之三十，其投保單位負擔百分之六十，其餘百分之十，由中央政府補助；而第 1 類第 4 目被保險人（雇主或自營業主）之保險費負擔由被保險人及其眷屬自付全額保險費，為全民健康保險法第 27 條第 1 款第 2 目及第 3 目所明定。又外籍人士登記為外商公司（分公司）或本國公司負責人，如其係經核准聘僱許可在臺工作，同意其以受僱者身分投保，保險人受理居留證明文件之居留事由登載為受聘僱某單位之外籍人士投保時，即以受僱者身分受理自受僱之日起投保，復經改制前健保局以 101 年 8 月 30 日健保承字第 1010070519 號函示有案，是以，以聘僱事由取得居留證明文件之外籍人士，縱登記為公司負責人，仍以受僱者參加本保險，其保險費則由其本人自付百分之三十，並由其投保單位負擔百分之六十，審諸其意甚明。</p> <p>三、本件系爭保險費 3 萬 4,776 元，依健保署補充意見書記載，係以雇主身分計收申請人代表人洪○○103 年 5 月至 104 年 6 月個人自付全額保險費每月 2,484 元，共計 3 萬 4,776 元，而依卷附全民健康保險投保單位成立申報表、保險對象投保申報表、中華民國居留證</p>

等相關資料影本顯示，申請人公司於 103 年 5 月 28 日向健保署申報成立投保單位、其代表人洪○○自 103 年 5 月 1 日入職加保，依全民健康保險法第 30 條第 1 項第 1 款規定，申請人即應按月扣、收繳其代表人洪○○之保險費，於次月底前向健保署繳納，惟申請人均未繳納，健保署乃依規定開立繳款單計收系爭 103 年 5 月至 104 年 6 月保險費。

四、申請人主張其負責人健保卡及各期繳款單從未送達，103 年 5 月至 104 年 6 月期間受保人無法持卡就醫，所有醫療費用均全數自行負擔，未享用任何健保資源，無負擔欠繳保險費帳款之義務云云，健保署意見書固陳明如下：

- (一) 該署於 103 年 6 月 13 日寄發全民健康保險投保單位成立通知書通知申請人，自開計 103 年 5 月份保險費起，依規定每月保險費於次月底前依申請人 103 年 5 月 27 日(郵戳日)申報之通訊地址「○○市○○區○○路 0 段 00 號 00 樓之 0」寄發健保費繳款單，且該署自 103 年 9 月起亦已多次按申請人之通訊地址分別以平信及雙掛號方式寄發保險費欠費繳款單向申請人催繳欠費。
- (二) 該署於 103 年 6 月 9 日製發代表人之健保卡以掛號郵寄上述通訊地址，健保 IC 卡於 103 年 6 月 13 日退回該署，103 年 10 月 9 日申請人電話申請調卡，該署再次以掛號郵寄代表人之健保 IC 卡至原址仍遭退件。
- (三) 申請人迄於 104 年 7 月 16 日(該署收件日)申報通訊地址變更為○○市○○區○○路 0 段 00 號 00 樓，該署於 104 年 7 月 24 日再以掛號方式將代表人之健保 IC 卡寄至○○市○○區○○路 0 段 00 號 00 樓，於 104 年 7 月 27 日投遞成功，申請人並於 104 年 8 月 6 日收到該署 104 年 7 月 28 日列印補發之保險費欠費繳款單。
- (四) 依全民健康保險法第 30 條第 1 項及其施行細則第 49 條第 1 項、第 2 項規定，賦予投保單位應按月繳納保險費之責任，倘未收到繳款單時，即應盡通知該署補發繳款單之義務，縱申請人誤植地址致該署未能送達，亦不影響申請人繳款之義務，該署按申請人所提供之地址寄發每月繳款單在案，惟經以地址欠詳屢遭退件，申請人並未曾向該署通知補寄繳款單，申請人未收到繳款單及健保卡並未告知及申請地址變更。
- (五) 依全民健康保險法施行細則第 42 條規定，投保單位之名稱、負責

人、地址或其通訊地址變更時，亦負有於 15 日內向保險人申報之義務，本案申請人自 103 年 5 月成立投保單位以來，均未向該署申報變更地址，直至 104 年 7 月才向該署申請變更通訊地址，期間該署均按申請人變更前之通訊地址寄發，並無違誤。

- (六) 申請人之負責人如有自墊醫療費用情事，尚可依全民健康保險法第 55 條及第 56 條規定，檢具單據申請核退，其投保期間之就醫權益仍受保障。

五、惟下列疑點待釐清：

- (一) 本件系爭保險費欠費繳款單之繳款人及收件人均記載為申請人○○公司，其中欠費明細表，僅記載欠費年月及金額，無從判別其計費項目內涵？究為雇主？抑或投保單位負擔之保險費？處分尚欠明確性。
- (二) 縱依健保署意見書及補充意見書所陳，系爭繳款單係以雇主身分計收申請人代表人洪○○個人自付之保險費每月 2,484 元；惟依前開投保申報表、居留證影本顯示，申請人之代表人洪○○為外籍人士，其取得居留證之居留事由為聘僱，依全民健康保險法第 27 條第 1 款第 2 目規定及前開改制前健保局 101 年 8 月 30 日健保承字第 1010070519 號函示意旨，洪○○即應以受僱者身分參加本保險，該保險費則由其本人自付百分之三十，其投保單位即申請人公司負擔百分之六十，系爭繳款單所載每月 2,484 元保險費，其內涵究係如何？係洪○○自付之百分之三十？抑或自付全額？
- (三) 況本件申請人於 104 年 9 月 8 日申請審議後，健保署業以 104 年 10 月 29 日健保○字第 0000000000 號函知申請人，略以該署重新審視發現誤鍵洪○○以雇主身分投保，茲更正洪○○以員工身分投保，更正後應補退洪○○個人自付額 2 萬 7,824 元，補收投保單位即申請人應負擔金額 3 萬 9,592 元，合計補收申請人 103 年 5 月至 104 年 8 月保險費 1 萬 1,768 元，該署將於開計 104 年 9 月保險費時一併補收等語在卷，足見系爭繳款單列計保險費之認定基礎尚有疑義。

六、綜上，爰將原核定撤銷，由原核定機關另為適法之核定。

據上論結，本件申請為有理由，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2項規定，審定如主文。

相關法令：

一、全民健康保險法第9條第2款

「除前條規定者外，在臺灣地區領有居留證明文件，並符合下列各款資格之一者，亦應參加本保險為保險對象：二、有一定雇主之受僱者。」

二、全民健康保險法第10條第1項第1款

「被保險人區分為下列六類：

一、第一類：

- (一) 政府機關、公私立學校之專任有給人員或公職人員。
- (二) 公、民營事業、機構之受僱者。
- (三) 前二目被保險人以外有一定雇主之受僱者。
- (四) 雇主或自營業主。
- (五) 專門職業及技術人員自行執業者。」

三、全民健康保險法第27條第1款第2目及第3目

「第十八條及第二十三條規定之保險費負擔，依下列規定計算之：一、第一類被保險人：(二)第十條第一項第一款第二目及第三目被保險人及其眷屬自付百分之三十，投保單位負擔百分之六十，其餘百分之十，由中央政府補助。(三)第十條第一項第一款第四目及第五目被保險人及其眷屬自付全額保險費。」

四、全民健康保險法第30條第1項第1款

「第十八條及第二十三條規定之保險費，依下列規定，按月繳納：一、第一類被保險人應自付之保險費，由投保單位負責扣、收繳，並須於次月底前，連同投保單位應負擔部分，一併向保險人繳納。」

五、全民健康保險法施行細則第42條

「投保單位之名稱、負責人、地址或其通訊地址變更時，應於十五日內填具投保單位變更事項申報表一份，連同有關證件送交保險人。」

六、全民健康保險法施行細則第49條

「依本法第三十條規定應按月繳納之保險費，由保險人繕具保險費計算表及繳款單，於次月底前寄發或以電子資料傳輸方式遞送投保單位或被保險人繳納。」

「投保單位或被保險人於次月底仍未收到前項保險費計算表及繳款單時，應於十五日內通知保險人補寄送，並依保險人補寄送之表單，限期繳納；其怠為通知者，視為已於次月底寄達。」

「投保單位或被保險人對於保險費計算表及繳款單所載金額如有異議，第一類及第六類被保險人之投保單位及第六類被保險人應先照額繳納，第二類、第三類被保險人之投保單位應先彙繳實際收繳之保險費後，再向保險人提出異議理由，經保險人查明錯誤後，於計算次月保險費時，一併結算。」

七、改制前行政院衛生署中央健康保險局101年8月30日健保承字第1010070519

號函

「外籍人士登記為外商公司（分公司）或本國公司負責人，如其獲行政院勞工委員會核准聘僱許可在臺工作，同意其以受僱者身分投保。有關外籍人士投保身分疑義，依下列原則受理：（一）投保身分認定：外商公司（分公司）或本國公司之外籍人士投保，若其居留證明文件之居留事由登載為受聘僱某單位，本局即以受僱者身分受理自受僱之日起投保。」

案情摘要

未成年人之父或母具有被保險人身分，即有可依附加保之對象，該未成年人不得獨立加保，應以眷屬身分依附其父或母投保。

請求事項	100 年 8 月至 102 年 5 月被除戶期間追溯之健保費，是否能夠免除或減少收取。
審 定	
主 文	<p>一、關於改制前健保局 100 年 8 月 29 日健保○字第 0000000000 號函部分申請審議不受理。</p> <p>二、關於健保署 103 年 12 月 17 日列印核發之 103 年 11 月保險費繳款單部分撤銷，由原核定機關另為適法之核定。</p>
事 實	<p>一、健保署文件要旨</p> <p>(一) 100 年 8 月 29 日健保○字第 0000000000 號函 申請人在臺設有戶籍，惟未參加全民健康保險，為保障健保醫療照護權益，請儘速依適法身分辦理加保。</p> <p>(二) 103 年 11 月保險費繳款單 計收申請人 103 年 11 月（含 100 年 8 月至 102 年 4 月）保險費計新臺幣 1 萬 5,729 元。</p> <p>二、申請人檢附上開函及繳款單，一併向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一)全民健康保險爭議事項審議辦法第 2 條第 1 項及第 18 條第 1 項第 6 款。</p> <p>(二)行為時全民健康保險法第 9 條第 3 款、第 10 條第 1 項第 1 款及第 13 條（100 年 1 月 26 日修正移列為第 2 條第 2 款第 3 目、第 8 條第 1 項第 1 款及第 12 條前段，自 102 年 1 月 1 日施行）。</p> <p>(三) 行為時全民健康保險法施行細則第 36 條第 2 款前段（101 年 10 月 30 日修正移列為第 37 條第 1 項第 2 款，自 102 年 1 月 1 日施行）。</p> <p>二、關於改制前健保局 100 年 8 月 29 日健保○字第 0000000000 號函部分 查改制前健保局前開函，僅係就申請人未參加全民健康保險，通知其請儘速依適法身分辦理加保，核其內容僅為單純事實之敘述或說明，尚不因該項敘述或說明而對申請人權益發生具體之法律上效果，非首揭辦法所定之核定案件，申請人對之申請審議，自有未合。</p>

三、關於健保署 103 年 12 月 17 日列印核發之 103 年 11 月保險費繳款單部分

(一) 強制納保對象：

本件申請人係中華民國國籍，於 100 年 4 月 19 日在臺初設戶籍登記，於 102 年 5 月 24 日經戶政機關逕為遷出登記，因未曾有參加本保險紀錄，自設籍滿 4 個月起至戶籍遷出期間（100 年 8 月 19 日至 102 年 5 月 24 日）為本保險強制納保之保險對象。

(二) 系爭保險費期間加、退保情形：

申請人應自設籍滿 4 個月之 100 年 8 月 19 日起參加本保險，惟其並未以適當身分加保，迄至 103 年 11 月 20 日始由其父劉○○辦理以第 6 類第 2 目被保險人身分加保於○○市○○區公所，及自 103 年 11 月 30 日起以第 6 類第 2 目被保險人之眷屬身分依附其父劉○○加保於該公所。

(三) 系爭保險費期間入出境情形：

申請人於 100 年 4 月 26 日出境至 102 年 5 月 24 日戶籍遷出前尚未入境，單次出境期間雖逾 6 個月，惟未於該次出國前或停留國外期間申請停保，不符停保免繳保險費規定。

(四) 綜上，健保署開單計收申請人系爭 100 年 8 月至 102 年 4 月保險費，固非無據。

四、惟按「第一類至第三類及第六類被保險人之眷屬，規定如下：三、被保險人二親等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。」、「符合第九條規定之被保險人眷屬，應隨同被保險人辦理投保及退保。」分別為行為時全民健康保險法第 9 條第 3 款及第 13 條所明定。查申請人於系爭 100 年 8 月至 102 年 4 月保險費期間為未成年人，依健保署意見書陳明，略以申請人父親劉○○聲明因配偶係以眷屬身分加保，其本人不便回公司補辦申請人以眷屬身分依附投保，爰該署辦理申請人以第 6 類第 2 目被保險人身分於戶籍所在地之○○市○○區公所於 100 年 8 月 19 日加保等語，惟上開保險費期間，申請人父親劉○○係以第 1 類第 2 目被保險人身分加保於○○公司，有保險對象投保歷史資料附卷可稽，依前開規定，申請人在系爭保險費期間即應改按眷屬身分依附其父劉○○加保，健保署仍以第 6 類第 2 目被保險人身分計收申請人系爭 100 年 8 月至 102 年 4 月保險費，即難認妥。

適。

五、法律適用結果

綜上，關於改制前健保局 100 年 8 月 29 日健保○字第 0000000000 號函部分，申請審議應不予受理；關於健保署 103 年 12 月 17 日列印核發之 103 年 11 月保險費繳款單部分撤銷，由原核定機關另為適法之核定。

據上論結，本件申請為部分不受理，部分有理由，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 6 款暨第 19 條第 2 項規定，審定如主文。

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 2 條第 1 項

「保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對於保險人核定下列全民健康保險權益案件有爭議時，得依本辦法規定申請權益案件之審議：
一、關於保險對象之資格及投保手續事項。
二、關於被保險人投保金額事項。
三、關於保險費、滯納金及罰鍰事項。
四、關於保險給付事項。
五、其他關於保險權益事項。」

二、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 6 款

「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：六、爭議之內容非第二條所定事項。」

三、行為時全民健康保險法第 9 條第 3 款

「第一類至第三類及第六類被保險人之眷屬，規定如下：三、被保險人二親等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。」

四、行為時全民健康保險法第 10 條第 1 項第 1 款

「具有中華民國國籍，符合下列各款規定資格之一者，得參加本保險為保險對象：一、曾有參加本保險紀錄或參加本保險前四個月繼續在臺灣地區設有戶籍者。」

五、行為時全民健康保險法第 13 條

「符合第九條規定之被保險人眷屬，應隨同被保險人辦理投保及退保。」

六、行為時全民健康保險法施行細則第36條第2款前段

「保險對象有下列情形之一者，得辦理停保，由投保單位填具停保申報表一份送交保險人，並於失蹤或出國期間暫停繳納保險費：二、預定出國六個月以上者。」

案情摘要

未成年人之父母離婚，戶籍資料之個人記事中固記載由其母行使及負擔未成年子女之權利義務，惟其母並未在保，具被保險人資格之父即不得免除為其未成年子女辦理加保及繳納保險費之義務。

請求事項	免除歐陽○追溯保險費及當月保險費。
審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、健保署原核定文件內容要旨</p> <p>(一) 104年6月26日健保○字第0000000000號函 申請人眷屬歐陽○於○○市○○區公所投保並辦理102年4月3日出國停保，103年3月31日入境後未依規定辦理復保，該署已逕辦其自103年3月31日復保，申請人104年5月保險費金額新臺幣（下同）1萬1,984元含其眷屬歐陽○本次復保應追溯之保險費。</p> <p>(二) 繳款單 計收申請人104年5月（含申請人104年5月及追溯補收其眷屬歐陽○103年3月至104年5月）及6月（含申請人及其眷屬歐陽○104年6月）保險費共計1萬3,482元。</p> <p>二、申請人檢附前開函及繳款單影本，就其眷屬歐陽○保險費部分，一併向本部申請審議。</p>
理由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第2條第2款第3目、第8條第1項第1款及第12條。</p> <p>(二) 全民健康保險法施行細則第37條第1項第2款及第39條第1項第2款。</p> <p>二、事實認定部分</p> <p>(一) 強制納保對象： 申請人之女歐陽○係中華民國國籍，在臺設有戶籍，為本保險強制納保之保險對象。</p> <p>(二) 加、停保情形： 申請人之女歐陽○原以第6類第2目被保險人眷屬身分依附其父即申請人加保於○○市○○區公所，申請人於102年4月3日為其眷屬歐陽○辦理出國停保（實際出國日期為102年4月5</p>

日），復於 104 年 7 月 27 日再為其眷屬歐陽○辦理出國停保。

(三) 系爭保險費期間入出境情形：

申請人眷屬歐陽○於 102 年 4 月 5 日出境至 103 年 3 月 31 日入境，單次出境期間滿 6 個月，應自該入境返國日起復保；其復於 103 年 4 月 4 日出境至 104 年 8 月 7 日列印中外旅客入出境紀錄前尚未入境，單次出境期間雖逾 6 個月，惟迄至 104 年 7 月 27 日始由申請人辦理出國停保，已如前述，故在申請停保前，不符停保免繳保險費規定。

(四) 綜上，申請人眷屬歐陽○應自 103 年 3 月 31 日復保，申請人並應繳納系爭其眷屬歐陽○103 年 3 月至 104 年 6 月保險費。

三、申請人主張其於 102 年 11 月 4 日與前配偶歐陽○○協議離婚，其女歐陽○依離婚協議書歸歐陽○○撫養並定居日本，103 年 3 月 31 日其女歐陽○由歐陽○○帶回臺灣旅遊數日，其在國外未被告知，且其長期旅居國外不瞭解相關規定，亦無法及時處理，希望能免除負擔其女歐陽○之保險費云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 健保署意見書陳明，略以：

1. 全民健康保險自施行以來，從未停止透過各種管道宣導健保相關訊息，隨著電子資訊科技蓬勃發展，該署全球資訊網亦備有中英文資訊網頁，有公開資訊提供民眾無國界的服務；除此之外，並印製宣導單張，提供各投保單位暨內政部入出國及移民署等相關單位協助宣導。
2. 申請人已申辦其眷屬歐陽○102 年 4 月 3 日停保，於其辦理停保之申請表已詳載出國停復保等規定，經申請人簽名在卷，同時提供「了解健保停復保 出國安心沒煩惱」停復保規定小提醒，加強提醒相關規定，經其再次簽名為證，該署已於適時竭盡宣導相關規定能事。
3. 申請人眷屬歐陽○於追溯加保期間如有自墊醫療費用情事，尚可依全民健康保險法第 55 條及第 56 條規定，申請核退自墊醫療費用，其眷屬於投保期間之就醫權益仍受保障。

(二) 按全民健康保險法係經立法院通過、總統公布施行之法律，全國國民均有知悉及遵循之義務，而全民健康保險係強制性之社會保險，凡國人在臺設有戶籍，且符合加保資格，即有加保及繳納保

險費之義務，為全民健康保險法第 8 條第 1 項第 1 款所明定，一體適用於全國國民，應加保之保險對象，除符合停保之規定外，其究否出國及出國後以何種原因返國，不影響其加保及繳納保險費之義務，尚不得以不瞭解法令規定，而免除應負擔之義務。

- (三) 另考量符合加保資格而長期停留國外之保險對象，其使用健保醫療資源之方便性，異於國內之保險對象，故於全民健康保險法施行細則第 37 條及第 39 條訂定出國停保、復保之規定，賦予保險對象是否申請停保之選擇權，保險對象如選擇辦理停保，應於出國前主動提出申請，且以每單次出國 6 個月以上為要件，而出國 6 個月以上者，自返國之日起辦理復保，倘曾辦理出國停保，於返國復保後應屆滿 3 個月，始得再次辦理停保。如未申請停保或出國期間未達 6 個月，即為全民健康保險法所定應繼續加保之保險對象及負有繳納保險費之義務。
- (四) 況保險對象入境後，其停保效力即已中斷，自應辦理復保，並自停保中斷時續繳保險費，此係修正前全民健康保險法第 29 條第 2 項前段及其施行細則第 38 條第 1 項第 2 款（修正後為全民健康保險法第 30 條第 2 項前段及其施行細則第 39 條第 1 項第 2 款）規定之構成要件該當而當然發生之效力，不因健保署有無發函通知而有差異，復有臺灣臺北地方法院 101 年度簡字第 64 號行政訴訟判決可資參照。
- (五) 又無職業之未成年人除有遭受家庭暴力等法定原因而無法隨親等最近之直系血親被保險人投保之特殊情形外，均應依附親等最近之直系血親加保，為全民健康保險法第 2 條第 2 款第 3 目、第 12 條及其施行細則第 18 條所明定。查申請人與其前配偶歐陽○○協議離婚，固約定由歐陽○○行使及負擔未成年子女歐陽○之權利義務，並登記於歐陽○戶籍資料之個人記事中，惟健保署補充意見書業陳明歐陽○○目前並未在保，並有保險對象計費投保歷史資料查詢作業電腦畫面影本附卷可稽，是以，歐陽○尚無從依附其母歐陽○○加保，申請人自不得免除為其眷屬歐陽○辦理加保及繳納系爭保險費之義務。

四、法律適用結果

綜上，健保署核定申請人眷屬歐陽○自 103 年 3 月 31 日起復保，並計收申請人系爭眷屬歐陽○之保險費，核無不合，原核定關於此

	部分均應予維持。
	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。

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、全民健康保險法全民健康保險法第 2 條第 2 款第 3 目

「本法用詞，定義如下：二、眷屬：(三)被保險人二親等內直系血親卑親屬未滿 20 歲且無職業，或年滿 20 歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。」

二、全民健康保險法第 8 條第 1 項第 1 款

「具有中華民國國籍，符合下列各款資格之一者，應參加本保險為保險對象：
一、最近二年內曾有參加本保險紀錄且在臺灣地區設有戶籍，或參加本保險前六個月繼續在臺灣地區設有戶籍。」

三、全民健康保險法第 12 條

「符合第二條規定之被保險人眷屬，應隨同被保險人辦理投保及退保。但有遭受家庭暴力等難以隨同被保險人辦理投保及退保之情形，經主管機關認定者，不在此限。」

四、全民健康保險法施行細則第 37 條第 1 項第 2 款

「保險對象具有下列情形之一，得辦理停保，由投保單位填具停保申報表一份送交保險人，並於失蹤或出國期間，暫時停止繳納保險費，保險人亦相對暫時停止保險給付：二、預定出國六個月以上者。但曾辦理出國停保，於返國復保後應屆滿三個月，始得再次辦理停保。」

五、全民健康保險法施行細則第 39 條第 1 項第 2 款

「保險對象停保後，應依下列規定辦理：二、預定出國六個月以上者，應自返國之日復保。但出國期間未滿六個月即提前返國者，應自返國之日註銷停保，並補繳保險費。」

案情摘要

申請人為公司負責人，應以第1類雇主身分投保，卻以第1類被保險人眷屬身分依附加保，縱其後申報改以第1類被保險人身分加保於其他投保單位，仍無礙於自該公司轉出前應以第1類雇主身分加保於該公司之結果。

請求事項	退還或減免保險費。
審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、健保署核定文件內容要旨</p> <p>(一) 104年6月29日健保○字第0000000000號函（受文者為○○公司）</p> <p>該署業已辦理○○公司成立全民健康保險投保單位及該公司負責人陳○○即申請人以負責人身分自103年8月14日投保於該公司，投保金額暫為新臺幣（下同）3萬4,800元，應計收之保險費將於寄發104年6月保險費繳款單時一併補收。</p> <p>(二) 繳款單（繳款人○○公司）</p> <p>計收○○公司104年6月（追溯補收負責人陳○○即申請人103年8月至104年6月）保險費1萬8,799元。</p> <p>二、申請人檢附前開函及繳款單影本，就健保署辦理其以負責人身分追溯投保及計收保險費部分，一併向本部申請審議。</p>
理由	<p>一、法令依據</p> <p>全民健康保險法第10條第1項第1款第4目、第11條第2項及其施行細則第10條、第46條第1項第4款。</p> <p>二、關於申請人之投保身分部分</p> <p>(一) 依卷附公司及分公司基本資料查詢（明細）顯示，○○公司於103年8月14日核准設立，申請人係該公司之負責人，屬全民健康保險法第10條第1項第1款第4目所定之雇主，即應以第1類雇主身分投保。</p> <p>(二)查申請人自86年7月1日起以第1類被保險人眷屬身分依附其母張○○加保於○○人壽公司，與全民健康保險法第11條第2項「具有被保險人資格者，並不得以眷屬身分投保。」之規定不符，是健保署逕辦申請人自103年8月14日起以第1類雇主身分加保於○○公司，核無不合。</p> <p>(三)嗣○○公司固於104年7月30日申報申請人自104年7月29日</p>

由該公司轉出，申請人並另以第1類被保險人身分加保於○○企業有限公司，惟仍無礙於申請人於自○○公司轉出前應以第1類雇主身分加保於該公司之結果。

三、關於申請人之投保金額及保險費部分

查申請人為僱用被保險人數未滿5人之事業負責人，其投保金額應按投保金額分級表最高一級申報，若所得未達者，最低不得低於全民健康保險法第10條第1項第1款第2目被保險人之平均投保金額（98年10月1日起為3萬4,800元）及所屬員工申報之最高投保金額，爰健保署逕行核定申請人之投保金額為3萬4,800元，並追溯補收其103年8月至104年6月之保險費計1萬8,799元（計算式：1,709元X11個月=1萬8,799元），核屬有據。

四、申請人主張其公司成立於103年8月，實際收到健保投保通知已是104年7月，由於其公司為獨資成立之一人公司，對各項法規不甚清楚，其非刻意不以公司負責人身分投保，且期間仍繼續維持原有投保身分並未中斷，又其公司至今尚未實際營運及獲利，因此若其當時即知悉負責人身分需強制投保如此高之金額，必會商請親友協助加保以減少投保金額及保險費，其收到通知函及繳款單後，已申請轉出及轉入目前服務單位，惟因健保署通知較遲，不應全部歸責於其本人，請健保署退還保險費云云，惟所稱核難執為本案之論據，理由分述如下：

（一）健保署意見書陳明，略以：

1. 查全民健康保險係為提供醫療保健服務，增進全體國民之健康，且經立法院制定總統公布施行之法律，全國國民即有主動知悉及遵循之義務，且該署亦於各項媒體中廣為宣導；另法律係人民權利義務之基本規範，全體國民一體適用，個人不得因不瞭解法令規定內容，而主張免除應負擔之義務。
2. 保險對象合於投保資格者，應按其所屬身分類別加保及負擔保險費，故全民健康保險課以投保單位及保險對象主動積極正確申報投保之作為義務，惟投保單位未為所屬被保險人以適法身分辦理加保或保險對象未依適法身分加保時，全民健康保險法賦予該署對未依適法身分加保之保險對象，追溯自合於投保條件之日起逕予加保，以強制保險對象投保之適法性。
3. 該署依○○市商業管理處提供103年7月至103年12月新設立公

司電子檔，與該署承保資料檔勾稽時，查得○○公司未依規定成立全民健康保險投保單位，並為其代表人即申請人投保，遂於 104 年 3 月 20 日以健保○字第 0000000000 號函通知○○公司，請該公司儘速成立全民健康保險投保單位，及辦理申請人以第 1 類被保險人（雇主）身分投保，惟未獲回應，乃逕辦理成立全民健康保險投保單位，及自 103 年 8 月 14 日起辦理申請人以負責人身分投保。

(二) 按全民健康保險是一種強制性之社會保險，為達其自助互助及風險分擔之目的，故採量能付費之原則，即將保險對象依其職業、身分及所屬團體分為 6 類，並按不同之所得能力計收保險費，同時規範不得由個人選擇投保類別。司法院釋字第 473 號解釋意旨，亦闡明修法前全民健康保險法施行細則第 41 條（即現行全民健康保險法施行細則第 46 條）將不同類型之被保險人，按其所得情形予以訂定不同投保金額之規定，係為實現社會量能負擔原則及社會互助之目的。故依首揭全民健康保險法施行細則第 46 條第 1 項第 4 款，有關僱用被保險人數未滿 5 人之事業負責人或第 1 類被保險人之自營業主，其所得未達投保金額分級表最高一級申報，固得自行舉證申報其投保金額，惟最低不得低於全民健康保險法第 10 條第 1 項第 1 款第 2 目被保險人之平均投保金額及其所屬員工申報之最高投保金額，實際所得多寡，並非唯一衡量之依據。

五、綜上，健保署核定申請人自 103 年 8 月 14 日起以第 1 類雇主身分加保於○○公司，並據以追溯補收系爭保險費 1 萬 8,799 元，並無不合，原核定關於此部分均應予維持。

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。

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 10 條第 1 項第 1 款第 4 目

「被保險人區分為下列六類：一、第一類：（四）雇主或自營業主。」

二、全民健康保險法第 11 條第 2 項

「具有被保險人資格者，並不得以眷屬身分投保。」

三、全民健康保險法施行細則第 10 條

「本法第十條第一項第一款第四目所稱雇主，指僱用員工之民營事業事業主或事業經營之負責人；所稱自營業主，指未僱用有酬人員幫同工作之民營事業事業主或負責人。」

四、全民健康保險法施行細則第 46 條第 1 項第 4 款

「下列被保險人之投保金額，應配合投保金額分級表等級金額，依下列規定向保險人申報：四、僱用被保險人數未滿五人之事業負責人、前款以外之專門職業及技術人員自行執業者或屬於第一類被保險人之自營業主，除自行舉證申報其投保金額者外，應按投保金額分級表最高一級申報。自行舉證申報之投保金額，最低不得低於本法第十條第一項第一款第二目被保險人之平均投保金額及其所屬員工申報之最高投保金額。但未僱用有酬人員幫同工作之本款專門職業及技術人員自行執業者，其自行舉證申報之投保金額，最低以投保金額分級表第六級為限。」

案情摘要

實際從事農業工作者是否具備第3類被保險人投保資格，審查權限在於戶籍所在地之基層農會，健保署依據農會審查結果，函復申請人不符合以農業工作者身分參加全民健康保險，核無不合。

請求事項	准予加入第3類健康保險。
審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、案件緣由及健保署核定文件要旨</p> <p>(一)緣申請人於104年8月25日向○○縣○○鎮農會申請以第3類被保險人身分參加全民健康保險，經該農會函復不符資格後，迭經向○○縣○○鎮農會及○○縣政府農業處提起復審及申覆等程序仍未准所請，案經○○縣政府將申請人之申覆書送請行政院農業委員會研議修法後，行政院農業委員會復將申請人之申覆書函轉予本部全民健康保險爭議審議會，經本部以該案係申請人申請以第3類被保險人身分參加全民健康保險，移由健保署辦理。</p> <p>(二)嗣健保署以105年1月5日健保○字第0000000000號函復申請人，略以：</p> <ol style="list-style-type: none">申請人於104年8月25日以會員農業工作者身分向○○縣○○鎮農會申請以第3類被保險人參加全民健康保險，該農會依「實際從事農業工作者申請參加全民健康保險認定標準及資格審查辦法」經書面審核、現地勘查等程序，申請人所持農地因未作農林漁牧生產經營使用為由，核定不符合資格，並於104年9月4日以○字第0000000000號函通知，嗣後申請人又於104年9月11日申請復審，經該農會審查持分土地未具分管契約書，且無從事農作面積大於0.1公頃，核定仍不符合資格，並於104年10月8日以○字第0000000000號函通知在案，該農會依現行法令審查申請人不符合以會員農業工作者身分參加全民健康保險案，並無違誤。該署辦理全民健康保險業務，對於實際從事農業申請參加全民健康保險認定及資格審查，均依照相關規定辦理，尚請諒查。 <p>二、申請人檢附前開健保署105年1月5日健保○字第0000000000號函影本，向本部申請審議。</p>

理	<p>由一、法令依據</p> <p>全民健康保險法第10條第1項第3款第1目及第2項規定：「被保險人區分為下列六類：三、第三類：(一)農會及水利會會員，或年滿十五歲以上實際從事農業工作者。」、「前項第三款第一目實際從事農業工作者及第二目實際從事漁業工作者，其認定標準及資格審查辦法，由中央農業主管機關會同主管機關定之。」</p> <p>二、按農會及水利會會員，或年滿15歲以上實際從事農業工作者，為全民健康保險法第10條第1項第3款第1目所定之第3類第1目被保險人，該實際從事農業工作者，其認定標準及資格審查辦法，依同條第2項規定，係由中央農業主管機關會同主管機關定之。次按農業工作者申請參加全民健康保險，依前開全民健康保險法第10條第2項授權訂定之行為時「實際從事農業工作者申請參加全民健康保險認定標準及資格審查辦法」(以下簡稱審查辦法)第3條及第4條第1項規定，應填具申請表並依同辦法第2條各款所定資格條件檢具相關文件，親自向戶籍所在地之基層農會申請，由農會組成審查小組審查，對於農會之審查結果如有異議，依同辦法第7條第1項規定，應向農會申請復審；又依同辦法第6條第2項、第3項及第4項規定，直轄市、縣（市）主管機關應檢視農會審查個別被保險人之資格及決議是否符合規定，有違反法令時得依農會法第42條規定撤銷其決議，另每年定期抽查轄內各農會辦理農業工作者加保資格審查之情形時，並通知健保署得會同辦理。是以，實際從事農業工作者是否具備第3類被保險人資格參加全民健康保險，其審查權限在於申請人戶籍所在地之基層農會，健保署並不具該事務權限，先予敘明。</p> <p>三、本件依卷附保險對象加保紀錄明細表、○○縣○○鎮農會會員參加全民健康保險申請表、○○鎮農會 104 年 12 月 24 日○字第 0000000000 號函等相關資料影本及健保署意見書顯示：</p> <p>(一)申請人原自 93 年 11 月 26 日起以第 3 類被保險人身分加保於○○縣○○鎮農會，於 104 年 5 月 30 日由該農會轉出後，改以第 1 類被保險人之眷屬身分依附其子游○○加保於○○公司，嗣申請人於 104 年 8 月 25 日填具「會員參加全民健康保險申請表」向戶籍所在地之○○縣○○鎮農會申請以第 3 類被保險人身分參加全民健康保險，經該農會審查通知不符合資格，申請人再循序申經</p>
---	---

該農會復審，仍認不符合申請資格在案。

(二) 本件健保署就申請人請求以第 3 類被保險人身分於○○縣○○鎮農會投保一案，係詢經○○鎮農會以 104 年 12 月 24 日○字第 0000000000 號函復，略以：

1. 申請人於 104 年 8 月 25 日以會員農業工作者身分申請參加全民健康保險，並於 104 年 9 月 8 日撤回會員入會申請在案，該農會於 104 年 8 月 26 日會同申請人及○○鄉公所辦理現地勘查，經該農會 104 年 9 月 1 日 104 年度第 9 次從事農業工作農民申請參加農民健康保險認定標準及資格審查會議，以農地未作農林漁牧生產經營使用為由決議不符合資格，並以 104 年 9 月 4 日○字第 0000000000 號函通知申請人。
2. 申請人復於 104 年 9 月 11 日申請復審，再經該農會 104 年 10 月 6 日 104 年度第 10 次從事農業工作農民申請參加農民健康保險認定標準及資格審查會議，以申請人持有之 2 筆農地，因屬持分之土地無法出據全部所有權人之土地分管契約書及分管圖，現場有墓園、涼亭建物小水泥地且大部分土地荒無未見經營管理，無從界定申請人實際持有從農之範圍為由決議不符合資格，並以 104 年 10 月 8 日○字第 0000000000 號函通知申請人在案。

(三) 健保署前開意見書陳明，略以有關○○縣○○鎮農會認定申請人不符合以會員農業工作者身分參加全民健保乙節，該署向○○縣○○鎮農會查明，經該農會於 104 年 12 月 24 日以○字第 0000000000 號函復，係依據現行法令及行政院農業委員會 102 年 11 月 8 日農○字第 0000000000 號函、102 年 11 月 28 日農○字第 0000000000 號函與 103 年 3 月 25 日農○字第 0000000000 號函等規定辦理，於法有據，並無不合，該署遂以 105 年 1 月 5 日健保○字第 0000000000 號函復申請人等語。

四、申請人固持與向○○縣政府申覆之相同理由，一再主張其持有之農地係 93 年由其父繼承而來，種植龍眼、荔枝、柚子等果樹已數十年，因係祖產，歷經數代繁衍，共有人已達十幾人，有後代尚未辦理繼承，有的不知行蹤，也有移居海外，要作土地分管契約書及分管圖確有實際上之困難，其所申請之 2 筆土地雖部分有荒蕪未耕種，但其持有之土地確有耕作之事實，並已會同○○縣○○鄉公所及農會承辦人實地勘查屬實，亦經○○鄉公所核定蘇勒迪颱風災損

補償在案，其贊同從「嚴」審核農保資格，避免假農民領取納稅人的民脂民膏，但也應切合實情，從「實」審核，勿矯枉過正，況其僅擬參加全民健保第3類保險而非要加入農保，卻遭農會及健保署否准，審核是否太過嚴苛？基層承辦人員有無過度解釋法令之疑？云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 健保署補充意見陳明，略以：

1. 有關申請人主張經○○鄉公所核定蘇迪勒颱風災損補償在案乙節，該署於105年2月23日電洽○○縣○○鄉公所農業課詢問，該課表示：有關天然災害救助係由農委會公告，災損達20%以上，在救助指定期間內向公所申請，因屬災損政府救助，救急採從速、從簡、從寬原則審理，不同於農保加保資格審理現勘的標準，災損農民申請災損救助，公所農業課承辦人員經與災損農民約定時間，一般由承辦人員現場勘查，達到災損從寬核定。
2. ○○縣○○鎮農會表示，實際從事農業生產者以「現地勘查」為事實之認定依據，風災補助乃農地為全部持有者之輔助參酌條件，非健保投保之必要條件（即不得以風災補助為由做為投保之依據）。

(二) 沖本件申請人就○○縣○○鎮農會復審結果不服，經向○○縣政府提出申覆，業經○○縣政府持與○○縣○○鎮農會復審結果相同之理由，認申請人未提供共有人簽章之共有土地分管契約書及分管圖，與行政院農業委員會102年11月28日農○字第0000000000號函規定不符，以104年11月19日府農○字第0000000000號函核復申請人所請歉難照准在案；再者，行政院農業委員會於104年11月26日以農○字第0000000000號函轉申請人前開申覆書予本部全民健康保險爭議審議會，已同時敘明，略以本件申請人申復以第3類被保險人身分參加全民健康保險案，實務上為覈實辦理資格審查，農民持持分之農地申請加保時，應檢具經農地共有人簽章之共有土地分管契約書及分管圖，供現地勘查人員釐清申請人實際從事農業經營之範圍，俾利資格審查小組依個案事實認定等語在卷。

五、綜上，本件健保署依據具有審查權限之○○縣○○鎮農會審查結果，函復申請人，略以○○縣○○鎮農會依現行法令審查申請人不符合以農業工作者身分參加全民健康保險案，並無違誤等語，尚無不合，

原核定應予維持。至所稱現行法令強行規定須提出分管契約及分管圖，是否合時宜及切合實際云云，核屬農業主管機關之職權，尚非本件所得審究，併予敘明。

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。

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。

案情摘要

健保署援用稅捐機關所核定之所得來調整保險對象之投保金額，具有程序上、實質上之客觀性，屬合理、確實，且符合證據法則之作法。

請求事項	撤銷原核定。
審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>健保署 104 年 7 月 29 日健保○字第 0000000000 號函要旨</p> <p>該署依申請人 102 年度之薪資所得（即所得稅格式代號為 50）合計後除以 16 個月，平均每月所得超過 102 年各月之投保金額，已依規定逕予追溯調整申請人 102 年 1 月至 12 月健保投保金額為新臺幣（下同）12 萬 900 元，本次調整後應補繳自付保險費為 3 萬 5,004 元，已核計於申請人所屬投保單位 104 年 6 月份保險費中一併補收，請主動洽詢投保之職業工會並繳納應補繳之保險費。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>（一）全民健康保險法第 10 條第 1 項第 2 款第 1 目、第 15 條第 1 項第 1 款、第 20 條第 1 項第 1 款、第 2 款及第 2 項。</p> <p>（二）全民健康保險法施行細則第 46 條第 1 項第 5 款。</p> <p>二、依卷附相關資料顯示，申請人自 102 年 1 月 17 日起以第 2 類被保險人身分加保於○○市○○工會，102 年 1 月至 12 月投保金額為 2 萬 1,900 元（被保險人每月應負擔保險費 645 元），經健保署於 104 年 6 月執行第 2 類被保險人投保金額查核專案，依財稅機關核定申請人 102 年度薪資所得總額 192 萬 7,467 元（所得稅格式代號 50），除以 16 個月計算平均每月薪資所得額為 12 萬 467 元（計算式：$1,927,467 \text{ 元} \div 16 = 120,467 \text{ 元}$），乃據以追溯調整申請人 102 年 1 月至 12 月投保金額為 12 萬 900 元（被保險人每月應負擔保險費 3,562 元），並開單補收申請人 102 年 1 月至 12 月保險費差額 3 萬 5,004 元[$(3,562 \text{ 元} - 645 \text{ 元}) \times 12 = 35,004 \text{ 元}$]，經核並無不合。</p> <p>三、申請人主張其於 102 年 12 月身體檢查發現患舌癌，身心狀況不佳，無能力繳付保費，所有油資、交際費都是其本人負擔，公司未支付底薪，全年無休，與一般公司行號之薪資截然不同，不應等同視之，且為其唯一收入，並無年終獎金、三節補貼、加班費等，每天工作時數至少 12 小時，故不應算入投保金額云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：</p>

(一) 健保署意見書陳明，略以：

1. 本保險係以自助互助精神、量能負擔為原則，第 2 類被保險人應依全民健康保險法第 20 條及第 21 條規定，於一定期限內覈實申報投保金額，如申報不實，保險人得逕予調整，故本保險投保原則上採申報制，課以保險對象主動積極申報調整投保金額之作為義務。
2. 申請人 102 年度所得項目之認定係屬財稅機關職權，申請人如舉證財稅機關重新核定 102 年之所得資料，得向該署辦理申復。
3. 申請人若無力 1 次繳納欠費，可依法向該署申辦分期繳納，另若符合全民健康保險法第 99 條所稱經濟困難無力繳納之保險對象，可檢附設籍區公所認定之核發證明文件，辦理紓困貸款事宜。

(二) 按全民健康保險是強制性之社會保險，為達其自助互助及風險分擔之目的，故採量能付費之原則，即將保險對象依其職業、身分及所屬團體分為 6 類，並按不同之所得能力計收保險費，同時規範不得由個人選擇投保類別，司法院釋字第 473 號解釋已肯認本保險量能付費原則具公平性。

(三) 又得參加職業工會為第 2 類被保險人之無一定雇主者或自營作業者，依全民健康保險法施行細則第 12 條及第 13 條規定，分別指「經常於三個月內受僱於非屬同條項第一款第一目至第三目規定之二個以上不同雇主，其工作機會、工作時間、工作量、工作場所、工作報酬不固定者」及「獨立從事勞動或技藝工作獲致報酬，且未僱用有酬人員幫同工作者。」，因二者實質差異在於勞資雙方間是否具有專屬性、人格、經濟上及組織上之從屬性，以及提供勞務者是否需自負盈虧，是自營作業者係以扣除相關成本費用後之營利所得（或執行業務所得）為投保金額，至於無一定雇主者則以薪資所得（不得扣除相關之成本費用）為投保金額，但無論何者，其本質均應以參加所屬職業工會之本業實際所得為投保金額，始符上開量能付費之原則。

(四) 況查稅捐稽徵機關所核定之所得，具有程序上、實質上之客觀性，健保署援用稅捐機關所核定之所得，用以調整健保投保金額，屬合理、確實，且符合證據法則之作法，有臺北高等行政法院 100 年度簡字第 630 號判決要旨可資參照。本件申請人自 102 年 1 月 17 日起以第 2 類被保險人身分加保於○○市○○工會，屬全民健

	<p>康保險法第 10 條第 1 項第 2 款第 1 目所定無一定雇主或自營作業而參加職業工會之第 2 類被保險人，其原申報 102 年 1 月至 12 月投保金額為 2 萬 1,900 元，惟健保署查核發現其經財稅機關核定之 102 年度薪資所得達 192 萬 7,467 元（平均每月薪資 12 萬 467 元），原申報投保金額顯屬偏低，健保署認定應併入投保金額計算，自屬有據，且核與前掲量能付費原則相符。</p> <p>四、綜上，健保署核定追溯調整申請人 102 年 1 月至 12 月投保金額為 12 萬 900 元，並補收系爭保險費差額，核無不合，原核定應予維持。</p> <p>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。</p>
--	--

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 10 條第 1 項第 2 款第 1 目

「被保險人分為下列六類：二、第二類：（一）無一定雇主或自營作業而參加職業工會者。」

二、全民健康保險法第 15 條第 1 項第 1 款

「各類被保險人之投保單位如下：一、第一類及第二類被保險人，以其服務機關、學校、事業、機構、雇主或所屬團體為投保單位。但國防部所屬被保險人之投保單位，由國防部指定。」

三、全民健康保險法第 20 條第 1 項第 1 款、第 2 款及第 2 項

「第一類及第二類被保險人之投保金額，依下列各款定之：一、受僱者：以其薪資所得為投保金額。二、雇主及自營業者：以其營利所得為投保金額。」

「第一類及第二類被保險人為無固定所得者，其投保金額，由該被保險人依投保金額分級表所定數額自行申報，並由保險人查核；如申報不實，保險人得逕予調整。」

四、全民健康保險法施行細則第 46 條第 1 項第 5 款

「下列被保險人之投保金額，應配合投保金額分級表等級金額，依下列規定向保險人申報：五、無一定雇主或自營作業而參加職業工會者，按中華民國一百年一月一日生效之投保金額分級表第六級起申報，並於上開投保金額分級表生效後，全國各公、民營事業機構受僱者月平均投保金額之成長率，每次累積達百分之四點五時，由保險人公告，自次年元月起，按原月投保金額對應等級調高一級。」

案情摘要

無一定雇主於職業工會加保之受僱者，因無固定所得，健保署得參照對一般公民營事業機構受僱員工投保金額查核方式，以薪資所得扣除 4 個月年終獎金等恩給性給付後，除以 16 個月計算平均月薪，逕行調整投保金額。

請求事項	撤銷原核定。
審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>健保署 104 年 7 月 29 日健保○字第 0000000000 號函要旨</p> <p>一、該署依申請人 102 年度薪資所得(即所得稅格式代號為 50)合計後除以 16 個月，平均每月所得超過 102 年各月之投保金額，依規定逕予追溯調整申請人 102 年 1 月至 12 月健保投保金額為新臺幣（下同）5 萬 600 元，調整後應補繳自付保險費計 1 萬 152 元，已核計於申請人所屬投保單位 104 年 6 月份保險費中一併補收，請主動洽詢投保之職業工會及繳納應補繳之保險費。</p> <p>二、申請人如舉證財稅機關重新核定 102 年度之薪資所得資料，得向投保單位辦理申復；如有該年度所得不固定情形，得以 3 個月平均所得（須檢具薪資所得證明文件），洽所屬投保單位填具「全民健康保險投保金額調整申報表」向該署辦理申復調整事宜。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 10 條第 1 項第 2 款第 1 目、第 20 條第 1 項第 1 款、第 2 款及第 2 項。</p> <p>(二) 全民健康保險法施行細則第 12 條及第 46 條第 1 項第 2 款。</p> <p>二、本件依卷附「保險對象計費投保歷史資料查詢作業」影本等相關資料顯示，申請人自 102 年 1 月 17 日起以第 2 類被保險人身分加保於○○市○○工會，系爭 102 年 1 月至 12 月原投保金額為 2 萬 1,900 元，經健保署於 104 年 6 月辦理 102 年度第 2 類被保險人投保金額查核專案，依國稅局核定申請人 102 年度薪資所得總額 78 萬 8,350 元(所得稅格式代號 50)，除以 16 個月計算平均每月薪資所得額為 4 萬 9,272 元(計算式：$788,350 \div 16 = 49,272$)，乃據以追溯調整申請人 102 年 1 月至 12 月之投保金額為 5 萬 600 元，並開單補收申請人 102 年 1 月至 12 月保險費差額合計 1 萬 152 元，經核並無不合。</p> <p>三、申請人主張其加入○○市○○工會，平常在○○市區之運動中心執業擔任桌球教練，無一定雇主，又非開設桌球教室，收入主要以每</p>

位授課學員每小時核算金額由運動中心拆帳給付其酬勞，其每月收入高低起伏很大，如旺季寒暑假課程較多且經常性屬於加課加班性酬勞，包括例假日加班酬勞，若按勞基法是有免稅加班費暨星期例假日之加班費亦是免稅，均免計算在薪資扣繳憑單之免稅範圍；若以現行健保費收繳計算標準，如年終獎金、加班費收入均屬免計算在加保級距範圍內，則健保署核定其 102 年要補繳自付健保保費 1 萬 152 元之計算標準為何？其為第 2 類第 1 目之被保險人，已加入職業工會投保健保，由於其是無一定雇主，每次向非固定雇主領取酬勞時，其非固定之雇主按規定應向健保署繳納 2% 之補充保費，故其每月繳納健保費已加每次核領酬勞繳納 2% 之補充保費，對全民健保貢獻良多，不應再調整其健保保費（誤植為補充保費）云云，惟所稱核難執為本案之論據，理由分述如下：

(一) 健保署意見書陳明，略以：

1. 依全民健康保險法第 20 條及第 21 條規定略以，受僱者，以其薪資所得為投保金額；第 2 類被保險人為無固定所得者，其投保金額，由該被保險人依投保金額分級表所定數額自行申報，並由保險人查核；如申報不實，保險人逕予調整。第 1 類及第 2 類被保險人之投保金額，除已達本保險最高一級者外，不得低於其勞工退休金月提繳工資及參加其他社會保險之投保薪資；如有本保險投保金額較低之情形，投保單位應同時通知保險人予以調整，保險人亦得逕予調整。
2. 依全民健康保險法施行細則第 12 條及第 46 條規定略以，所稱無一定雇主者，指經常於 3 個月內受僱於兩個以上不同雇主，其工作機會、工作時間、工作量、工作場所、工作報酬不固定者。具有公教人員保險或軍人保險被保險人資格者以外之受僱者之投保金額，應以合於勞動基準法規定之工資計算其投保金額，應配合投保金額分級表等級金額，依規定向保險人申報。
3. 勞動基準法第 2 條第 3 款規定，工資謂勞工因工作而獲得之報酬，包括工資、薪金及按計時、計日、計月、計件以現金或實物等方式給付之獎金、津貼及其他任何名義之經常性給與均屬之。同法施行細則第 10 條則明列可不列為工資範圍之給與，包括紅利、獎金、補償費、補助費、差旅費等，大致均為有一定雇主之員工，其雇主基於雇主之目的或獎勵所給予之額外報酬；而無一定雇主

之短期工作者，既非該機構之正式員工，其提供勞務所獲取之報酬即係依其與機構所簽訂之勞動契約或規定給予，即係連結勞動契約之工作所得，縱分別訂定不同給與名稱，均屬薪資之內涵並為投保金額之範疇，核屬勞動基準法所規定之工資範疇要無疑義，故加班費應屬工資範圍之給予。

4. 另依 102 年 1 月 1 日起實施之二代健保，為避免同一份所得重複繳納健保費，其扣繳原則，凡所得已納入一般保險費計算扣繳者，補充保險費不再扣繳。第 2 類被保險人為無一定雇主之受僱者，其所有薪資所得，皆應納入投保金額計算。全民健康保險法第 31 條明定第 2 類被保險人之兼職所得不予以扣取補充保險費。經查申請人確實於○○市○○區○○國民小學服務期間，有此項補充保險費繳納紀錄（所得給付日期：102 年 12 月 2 日及 103 年 1 月 23 日），該署 104 年 9 月中旬以電話告知申請人父親如有被扣取情事，得檢具相關資料，向該署申請核退。

(二) 按全民健康保險為強制性之社會保險，為達自助互助及風險分擔之目的，故採量能付費之原則，即將保險對象依其職業、身分及所屬團體分為 6 類，並按不同之所得能力計收保險費，同時規範不得由個人選擇投保類別，司法院釋字第 473 號解釋已肯認全民健康保險量能付費原則具公平性。

(三) 查稅捐稽徵機關所核定之所得，具有程序上、實質上之客觀性，健保署援用稅捐機關所核定之所得，用以調整健保投保金額，屬合理、確實，且符合證據法則之作法，有臺北高等行政法院 100 年度簡字第 630 號判決意旨可資參照。本件申請人自 102 年 1 月 17 日起加保於○○市○○工會，屬全民健康保險法第 10 條第 1 項第 2 款第 1 目所定無一定雇主或自營作業而參加職業工會之第 2 類被保險人，其原申報 102 年 1 月至 12 月投保金額為 2 萬 1,900 元，惟健保署查核發現其經財稅機關核定之 102 年度薪資所得達 78 萬 8,350 元（除以 16 個月計算平均每月薪資所得額為 4 萬 9,272 元），原申報投保金額顯屬偏低，且該所得分別取自○○市○○運動中心、○○市○○區○○國民小學、○○市○○區○○國民小學、○○市○○區○○國民小學，核屬其加保之○○市○○工會本業之收入，健保署認定應併入投保金額計算，核與前揭量能付費原則相符。

(四)又財稅薪資所得可能包括勞動基準法施行細則第 10 條所規定非屬全民健康保險投保金額內涵之項目，健保署以一般投保單位發放獎金模式，扣除 4 個月獎金後，作為計算逕予調整投保金額依據，於被保險人並未舉出其屬勞動基準法施行細則第 10 條不計入薪資部分獎金之數額下，尚可認為合理，為臺中高等行政法院 99 年度訴字第 163 號判決所肯認，則本件健保署依國稅局核定之薪資所得資料，並參照對一般公營事業機構受僱員工投保金額查核方式，以受僱員工薪資所得扣除 4 個月年終獎金等恩給性給付後，除以 16 個月計算平均月薪，逕行調整申請人投保金額，即無不當。

四、綜上，健保署核定申請人 102 年 1 月至 12 月投保金額由 2 萬 1,900 元調整為 5 萬 600 元，並追溯補收申請人保險費差額共計 1 萬 152 元，並無不合，原核定應予維持。

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。

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 10 條第 1 項第 2 款第 1 目

「被保險人區分為下列六類：二、第二類：(一)無一定雇主或自營作業而參加職業工會者。」

二、全民健康保險法第 20 條第 1 項第 1 款、第 2 款及第 2 項

「第一類及第二類被保險人之投保金額，依下列各款定之：一、受僱者：以其薪資所得為投保金額。二、雇主及自營業主：以其營利所得為投保金額。」

「第一類及第二類被保險人為無固定所得者，其投保金額，由該被保險人依投保金額分級表所定數額自行申報，並由保險人查核；如申報不實，保險人得逕予調整。」

三、全民健康保險法施行細則第 12 條

「本法第十條第一項第二款第一目及第三款第二目所稱無一定雇主者，指經常於三個月內受僱於非屬同條項第一款第一日至第三目規定之二個以上不同雇主，其工作機會、工作時間、工作量、工作場所、工作報酬不固定者。」

四、全民健康保險法施行細則第 46 條第 1 項第 2 款

「下列被保險人之投保金額，應配合投保金額分級表等級金額，依下列規定向

保險人申報：二、受僱者：（二）前目以外之受僱者，應以合於勞動基準法規定之工資計算其投保金額。」

案情摘要

保險對象辦理預定出國 6 個月停保，以實際出國之日當月起停保生效，健保署依申請人實際出國日期更正停保日並補收保險費，核無不合。

請求事項	健保復保費用降至 3 個月。
審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、健保署核定文件內容要旨</p> <p>(一) 105 年 1 月 21 日健保○字第 0000000000 號函 申請人前因出國辦理全民健康保險 103 年 8 月 26 日停保，經查實際出國日為 103 年 9 月 8 日，該署業逕更正停保日為 103 年 9 月 8 日，並於 104 年 12 月繳款單中追溯補收應繳 103 年 8 月保險費新臺幣(下同)749 元。</p> <p>(二) 105 年 2 月 23 日健保○字第 0000000000 號函 申請人前因出國辦理全民健康保險停保，依規定每次返國應辦理復保，該署業逕辦自返國日之 104 年 5 月 13 日起復保，並於 105 年 1 月繳款單中計收應繳保險費 6,741 元(含追溯補收 104 年 5 月至 105 年 1 月保險費)。</p> <p>(三) 繳款單</p> <ol style="list-style-type: none">1. 105 年 1 月 15 日列印核發之 104 年 12 月保險費繳款單 計收申請人 104 年 12 月(即追溯補收 103 年 8 月)保險費 749 元。2. 105 年 2 月 17 日列印核發之 105 年 1 月保險費繳款單 計收申請人 105 年 1 月(含 104 年 5 月至 105 年 1 月)保險費計 6,741 元。3. 105 年 3 月 16 日列印核發之 105 年 2 月保險費繳款單 計收申請人 105 年 2 月保險費 749 元。4. 105 年 3 月 30 日列印核發之保險費欠費繳款單 計收申請人 104 年 12 月(即追溯補收 103 年 8 月)保險費 749 元。 <p>二、申請人檢附上開 2 函及 4 紙繳款單影本，一併向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 8 條第 1 項第 1 款及第 14 條。</p> <p>(二) 全民健康保險法施行細則第 33 條、第 37 條第 1 項第 2 款及第 39 條第 1 項第 2 款前段。</p> <p>二、本件申請人檢附健保署 2 函及 4 紙繳款單影本申請審議，經綜合前</p>

開函及繳款單內容，本件爭議標的為健保署計收申請人 104 年 12 月(即追溯補收 103 年 8 月)、105 年 1 月(含 104 年 5 月至 105 年 1 月)至 105 年 2 月保險費計 8,239 元，合先敘明。

三、本件經審查卷附個人戶籍資料、保險對象計費投保歷史、第 6 類保險對象投保(轉入)、停保(復保)申請表、旅客入出境紀錄清單等相關資料影本，認為：

(一) 強制納保對象：

本件申請人係中華民國國籍，在臺設有戶籍，為本保險強制納保之保險對象。

(二) 加、停保情形：

申請人原以第 6 類第 2 目被保險人身分加保於○○市○○區公所，於 103 年 8 月 20 日辦理預定自 103 年 8 月 26 日(實際出國日期為 103 年 9 月 8 日)起出國停保手續。

(三) 入出境情形：

1. 申請人於 103 年 9 月 8 日出境至 104 年 5 月 13 日入境，單次出國期間滿 6 個月，應自該入境返國日起復保。
2. 申請人嗣於 104 年 5 月 27 日出境後，於系爭保險費計費期間未入境，惟未於出國前或停留國外期間申請停保，不符停保免繳保險費規定。

(四) 綜上，申請人應自 103 年 9 月 8 日起停保至 104 年 5 月 13 日復保，並繳納系爭 103 年 8 月及 104 年 5 月至 105 年 2 月保險費。

四、申請人主張其於 104 年 5 月 13 日至 27 日自美返國，係陪伴罹癌之妹接受手術及回診，在沒薪水又花機票錢的情況下，又要付自認為已停保之健保費，情何以堪？在匆忙決定回臺及照顧妹妹情況下，根本沒有想到自己的健保問題，且自停保後根本沒有打算使用臺灣健保，甚至需自己主動復保，又一般人對法律條文，實在無法細詳閱讀、理解，法條也沒說明健保署會主動辦理復保，只憑當時辦理停保時服務人員告知之記憶，在種種陰錯陽差狀況下，發生了要追補保費情事，請酌情辦理，健保復保費用可降至 3 個月云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 健保署意見書陳明，略以：

1. 申請人 103 年 8 月 20 日親自辦理出國停保時填具之申請表上，載有出國停、復保相關規定，經其閱讀瞭解後簽名在卷可稽，有關

「辦理出國停保者，每次返國不論停留期間長短，都要在返國後檢附戶籍相關證明文件及入出境證明或護照全份影本辦理復保。出國 6 個月以上者，以停保後之當次返國日復保，嗣後再出國時，應屆滿 3 個月，始得再次選擇是否辦理停保。」及「辦理出國停保者，若返國未辦理復保，不論是否再出國，一律追溯自辦理停保之第 1 次返國日(限當次出境已達 6 個月以上)復保並追繳保險費。」等規定即列示於停保申請表上，收執聯於申辦手續完成後，並交付存查為證。另申請表上亦載有免付費電話及該署網站之網址，為使申請人了解停復保規定，已提供多元便捷管道。

2. 本保險採申報制，課以保險對象主動申報投保、復保之作為義務，惟保險對象不為投保申報作為時，該署依職權對未加保、未復保之保險對象，追溯自合於投保條件之日起，逕予補辦加保、復保手續，以保障保險對象之健保權益。依全民健康保險法第 91 條規定，保險對象未依規定參加本保險者，處 3,000 元以上 1 萬 5,000 元以下罰鍰，並追溯自合於投保條件之日起補辦投保。

(二) 按全民健康保險法係經立法院通過、總統公布施行之法律，全國國民均有知悉及遵循之義務，而全民健康保險係強制性之社會保險，凡國人在臺設有戶籍，且符合加保資格，即有加保及繳納保險費之義務，為全民健康保險法第 8 條第 1 項第 1 款所明定，一體適用於全國國民，應加保之保險對象除符合停保規定外，其究否出國及出國後以何種原因返國，不影響其加保及繳納保險費之義務，個人尚不得以不清楚法令規定內容或未使用健保資源等理由，而免除應負擔之義務。

(三) 又考量符合加保資格而長期停留國外之保險對象，其使用健保醫療資源之方便性，異於國內之保險對象，故於全民健康保險法施行細則第 37 條及第 39 條訂定出國停保、復保之規定，賦予保險對象是否申請停保之選擇權，保險對象如選擇辦理停保，應於每次出國前主動提出申請，且以每單次出國 6 個月以上為要件，而出國 6 個月以上者，自返國之日起辦理復保，倘曾辦理出國停保，於返國復保後應屆滿 3 個月，始得再次辦理停保。如未申請停保，即為全民健康保險法所定應繼續加保之保險對象及負有繳納保險費之義務。

(四) 申請人雖曾辦理停保，惟其既有出國滿 6 個月後返國之事實，則應

	<p>自該返國之日 104 年 5 月 13 日復保，此係全民健康保險法施行細則第 39 條第 1 項第 2 款前段規定之構成要件該當而當然發生之效力，不因健保署有無通知而異其結果。</p> <p>五、綜上，健保署核定申請人停保日期為 103 年 9 月 8 日及自 104 年 5 月 13 日起復保，並計收系爭 103 年 8 月及 104 年 5 月至 105 年 2 月保險費，核無不合，原核定均應予維持。</p> <p>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。</p>
--	--

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 8 條第 1 項第 1 款

「具有中華民國國籍，符合下列各款資格之一者，應參加本保險為保險對象：
一、最近二年內曾有參加本保險紀錄且在臺灣地區設有戶籍，或參加本保險前六個月繼續在臺灣地區設有戶籍。」

二、全民健康保險法第 14 條

「保險效力之開始，自合於第八條及第九條所定資格之日起算。保險效力之終止，自發生前條所定情事之日起算。」

三、全民健康保險法施行細則第 33 條

「本法第十四條所稱保險效力之開始，指自合於本法第八條或第九條所定條件或原因發生日之零時起算；保險效力之終止，指至合於本法第十三條所定條件或原因發生日之二十四時停止。前項規定於保險對象復保、停保時，準用之。」

四、全民健康保險法施行細則第 37 條第 1 項第 2 款

「保險對象具有下列情形之一，得辦理停保，由投保單位填具停保申報表一份送交保險人，並於失蹤或出國期間，暫時停止繳納保險費，保險人亦相對暫時停止保險給付：二、預定出國六個月以上者。但曾辦理出國停保，於返國復保後應屆滿三個月，始得再次辦理停保。」

五、全民健康保險法施行細則第 39 條第 1 項第 2 款前段

「保險對象停保後，應依下列規定辦理：二、預定出國六個月以上者，應自返國之日復保。」

案情摘要

保險對象辦理預定出國 6 個月停保，需實際停留國外期間滿 6 個月，如未滿 6 個月即提前返國，縱只差 1 天，仍不符合停保條件，應註銷停保並補繳保險費。

請求事項	免繳停保期間之健保費或僅補繳 104 年 1 月 30 日入境後 3 個月健保費。
審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、健保署依申請人所屬投保單位○○市○○工會 104 年 7 月 15 日傳真全民健康保險保險對象停、復保申報表及循申請人 104 年 7 月 16 日電話申訴，以 104 年 7 月 22 日健保○字第 0000000000 號函復申請人，略以：</p> <p>(一) 查申請人及眷屬丁○○、丁○○於 103 年 9 月 29 日申請出國停保（103 年 7 月 31 日出境），104 年 7 月 14 日申請復保，依入出境資料顯示，104 年 1 月 30 日有入境紀錄，惟未依規定辦理復保，該署已依規定逕予核定自 103 年 9 月 30 日復保，並補繳保險費。</p> <p>(二) 至申請人主張 103 年 7 月 31 日出境、104 年 1 月 30 日入境僅差 1 天滿 6 個月，申請免繳不符停保規定期間之健保費，核與規定不符，欠難同意。</p> <p>二、申請人不服健保署前開函，向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 8 條第 1 項第 1 款。</p> <p>(二) 全民健康保險法施行細則第 37 條第 1 項第 2 款及第 39 條第 1 項第 2 款。</p> <p>二、事實認定部分</p> <p>(一) 強制納保對象：</p> <p>本件申請人及其子女丁○○、丁○○係中華民國國籍，在臺設有戶籍，均為本保險強制納保之保險對象。</p> <p>(二) 加、停保情形：</p> <p>申請人及其子女丁○○、丁○○原以第 2 類被保險人及眷屬身分加保於○○市○○工會，該工會於 103 年 9 月 28 日申報申請人及眷屬丁○○、丁○○出國停保，嗣復於 104 年 7 月 15 日申報其等 3 人返國復保。</p> <p>(三) 入出境情形：</p> <p>申請人及眷屬丁○○、丁○○於 103 年 7 月 31 日出境至 104 年 1</p>

月 30 日入境，單次出國期間未滿 6 個月，不符停保條件，應註銷停保。

(四) 綜上，申請人及眷屬丁○○、丁○○應註銷停保，申請人並應補繳保險費。

三、申請人主張其因一時不察，未留意未滿 6 個月的期限，惟因 104 年 2 月 18 日為春節除夕，回國機位一位難求，其帶兩名未成年子女，好不容易補上機位回臺，卻因只差 1 天需補繳不小金額之保費，請考量期限僅差 1 天，以及機位難訂也難以控制之狀況，同意停保云云，所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 按全民健康保險法係經立法院通過、總統公布施行之法律，全國國民均有知悉及遵循之義務，而全民健康保險係強制性之社會保險，凡國人在臺設有戶籍，且符合加保資格，即有加保及繳納保險費之義務，為全民健康保險法第 8 條第 1 項第 1 款所明定，一體適用於全國國民，應加保之保險對象除符合停保規定外，其究否出國及出國後以何種原因返國，不影響其加保及繳納保險費之義務。

(二) 又全民健康保險法施行細則第 37 條第 1 項第 2 款前段以「預定出國 6 個月以上」為停保條件，並配合第 39 條第 1 項第 2 款規定「出國 6 個月以上者，應自返國之日起復保。但出國期間未滿 6 個月即提前返國者，應自返國之日起註銷停保，並補繳保險費」之規定，即保險對象因出國而停保，以實際出國 6 個月以上為許可之實質要件。易言之，制度設計使具有長期出國之事實者，得於出國前申請停保，但申請停保後，若實際出國未滿 6 個月，不論原因為何均不符合停保要件，即應註銷停保補繳保險費，此復有臺北高等行政法院 100 年度簡字第 593 號判決意旨可資參考。

四、法律適用結果

綜上，健保署函復申請人，略以核定申請人及眷屬丁○○、丁○○自 103 年 9 月 30 日復保，並補繳保險費等語，核無不合，原核定應予維持。

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。

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 8 條第 1 項第 1 款

「具有中華民國國籍，符合下列各款資格之一者，應參加本保險為保險對象：
一、最近二年內曾有參加本保險紀錄且在臺灣地區設有戶籍，或參加本保
險前六個月繼續在臺灣地區設有戶籍。」

二、全民健康保險法施行細則第 37 條第 1 項第 2 款

「保險對象具有下列情形之一，得辦理停保，由投保單位填具停保申報表一份
送交保險人，並於失蹤或出國期間，暫時停止繳納保險費，保險人亦相對暫
時停止保險給付：二、預定出國六個月以上者。但曾辦理出國停保，於返國
復保後應屆滿三個月，始得再次辦理停保。」

三、全民健康保險法施行細則第 39 條第 1 項第 2 款

「保險對象停保後，應依下列規定辦理：二、預定出國六個月以上者，應自返
國之日復保。但出國期間未滿六個月即提前返國者，應自返國之日註銷停
保，並補繳保險費。」

案情摘要

保險對象於出國停保後，因三親等以內之親屬往生，並於親屬往生百日內返國奔喪，視為原停保原因未消失，得免予註銷停保或免辦復保。

請求事項	免繳 100 年 6 月至 104 年 4 月期間之健保保險費。
審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	繳款單內容 計收 104 年 6 月(含 100 年 6 月至 104 年 6 月)保險費計新臺幣(下同)3 萬 6,701 元。
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 行為時全民健康保險法第 10 條第 1 項第 1 款(100 年 1 月 26 日修正移列為第 8 條第 1 項第 1 款，自 102 年 1 月 1 日施行)。</p> <p>(二) 行為時全民健康保險法施行細則第 36 條第 2 款前段及第 38 條第 1 項第 2 款(101 年 10 月 30 日修正移列為第 37 條第 1 項第 2 款及第 39 條第 1 項第 2 款，自 102 年 1 月 1 日施行)。</p> <p>二、事實認定部分</p> <p>(一) 強制納保對象：</p> <p>本件申請人係中華民國國籍，在臺設有戶籍，為本保險強制納保之保險對象。</p> <p>(二) 加、停保情形：</p> <p>申請人原以第 6 類第 2 目被保險人身分加保於○○市○○區公所，於 99 年 8 月 19 日委由其母黃○○代為辦理出國停保(實際出國日為 99 年 8 月 16 日)後，於 104 年 7 月 31 日因「就職」(轉換投保單位、改變投保身分)而辦理退保轉出。</p> <p>(三) 入出境情形：</p> <ol style="list-style-type: none">申請人於 99 年 8 月 16 日出境至 100 年 6 月 22 日入境，單次出境期間滿 6 個月，應自該入境返國日起復保。嗣申請人於 100 年 6 月 25 日至 104 年 5 月 16 日期間多次出入國，其中固有 2 次出境期間逾 6 個月，惟未於該 2 次出國前或停留國外期間申請停保，不符停保免繳保險費之規定。 <p>(四) 綜上，申請人應自 100 年 6 月 22 日復保，並繳納系爭 100 年 6 月至 104 年 6 月保險費。</p>

三、申請人主張其 99 年 8 月至 104 年 5 月期間於○○攻讀學位，求學期間於 100 年 6 月 22 日第 1 次返國，其與家人對於返國後仍需再次辦理停保之手續並不知情，導致其與家人皆不知其在 100 年 6 月後仍持有健保資格，100 年 6 月至 104 年 4 月期間，其未曾使用任何健保，且該段期間內，其僅在 104 年 7 月 22 日收到健保繳款單，才知其在該期間仍具有健保資格，在此之前並未收到類似繳款單，先前如有收到任何類似繳款單，其與家人會即刻詢問繳款原因，並且知道需要於每次出國後皆完成停保手續，該段期間內，家人只僅 1 次於 100 年 10 月 29 日收到健保署來函，以為只是簡單通知回臺這段期間需繳款而未詳讀函中對於出國再次停保之說明，因其父長期未與家人同住，其母本身有心理疾病，弟弟不會幫其開信或讀信，過去 5 年海外求學期間全仰賴學校獎學金作為生活資助，3 次回臺皆是代表學校參加臺灣附近國家所辦之研討會及回臺探視長期重病臥床而於 102 年 5 月 19 日過世的奶奶，且係在學校給予交通費補助下回國，請准免繳 100 年 6 月至 104 年 4 月期間之健保費云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 健保署意見書陳明，略以：

1. 全民健康保險投保原則上採主動申報制，賦予保險對象是否申請停保之選擇權利，課以保險對象主動積極申報投保之作為義務，惟申請人不為復保申報作為時，俟該署清查時點取得內政部移民署出入境資料，依法逕予追溯申請人至辦理停保之當次返國日復保，復保以後每次再出國若有預定出國 6 個月以上情形，須再重新選擇是否停保；如果選擇停保，應重新提出申請。
2. 申請人何時出境及入境，實際狀況自己最為清楚，倘申請人於 100 年 6 月 22 日入境能主動辦理復保，則僅自復保當月起按月開立保險費繳款單，倘保險對象遲延申請復保或未依規定辦理復保，實際該補繳保費月份數，則視保險對象遲延補辦復保月數或俟該署取得內政部移民署出入境資料清查時點而定。
3. 查申請人母親黃○○於 99 年 8 月 19 日主動辦理申請人停保時，在其所填寫「全民健康保險第六類保險對象停保申請表」之填表說明一、(二)已詳細載明全民健康保險出國辦理停復保相關規定，其已簽名表示閱讀並瞭解，同時亦將收執聯交付存查。另該署自 101 年 5 月至 103 年 9 月間共 6 次發函至○○市○○區○○

路○段 000 巷 00 號 0 樓，通知申請人儘速辦理復保，惟未獲置理，該署已於適時竭盡宣導相關規定能事。

4. 另申請人稱 99 年 8 月至 104 年 5 月期間 3 次回臺主要目的是回臺探望長期重病臥床的奶奶乙節，依該署 101 年 1 月 20 日健保承字第 1010070119 號函示略以，「有關保險對象於出國停保後，因三等親以內之親屬往生，並於親屬往生百日內返國奔喪，且返國奔喪期間未以健保身分就醫，同意保險對象於出國停保後返國奔喪，視為原停保原因未消失」。查申請人之奶奶林○○女士於 102 年 5 月 19 日往生，申請人停保後返國應復保日為 100 年 6 月 22 日，非前揭規定之親屬往生百日內返國奔喪，與規定不符，爰核定期間之保費仍應繳納。
5. 申請人於追溯加保期間如有自墊醫療費用情事，尚可依規定申請核退，其於投保期間之就醫權益仍受保障。

(二) 查全民健康保險法係經立法院通過、總統公布施行之法律，全國國民均有知悉及遵循之義務，而全民健康保險係強制性之社會保險，凡國人在臺設有戶籍，且符合加保資格，即有加保及繳納保險費之義務，為行為時全民健康保險法第 10 條第 1 項第 1 款及第 11 條之 1 所明定，一體適用於全國國民，應加保之保險對象除符合停保規定外，其究否出國及出國後以何種原因返國，不影響其加保及繳納保險費之義務，尚不得以不知規定、誤解法令規定、未使用健保或未收到繳款通知，而主張免除應負擔之義務。

(三) 另考量符合加保資格而長期停留國外之保險對象，其使用健保醫療資源之方便性，異於國內之保險對象，故於行為時全民健康保險法施行細則第 36 條及第 38 條訂定出國停保、復保之規定，賦予保險對象是否申請停保之選擇權，保險對象如選擇辦理停保，應於出國前主動提出申請，且以每單次出國 6 個月以上為要件，而出國 6 個月以上者，自返國之日起辦理復保，如未申請停保或出國期間未達 6 個月，即為行為時全民健康保險法所定應繼續加保之保險對象及負有繳納保險費之義務。

(四) 保險對象入境後，其停保效力即已中斷，自應辦理復保，並自停保中斷時續繳保險費，此係行為時全民健康保險法第 29 條第 2 項前段及其施行細則第 38 條第 1 項第 2 款(即修正後全民健康保險法第 30 條第 2 項前段及其施行細則第 39 條第 1 項第 2 款)規

定之構成要件該當而當然發生之效力，不因健保署有無發函通知而有差異；又保險費繳款單僅係確認保險費具體金額所為之行政處分，繳款單之掣發與否，亦不影響保險對象因停保中斷而有保險費債務之存在，且保險對象既知得申辦停保，當應知悉其返國後即生停保中斷之效力，健保署並無主動告知之義務，有臺灣臺北地方法院 101 年度簡字第 64 號行政訴訟判決可資參照。

四、法律適用結果

綜上，健保署開單計收申請人系爭保險費，並無不合，原核定應予維持。

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。

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、行為時全民健康保險法第 10 條第 1 項第 1 款

「具有中華民國國籍，符合下列各款規定資格之一者，得參加本保險為保險對象：一、曾有參加本保險紀錄或參加本保險前四個月繼續在臺灣地區設有戶籍者。」

二、全民健康保險法第 8 條第 1 項第 1 款

「具有中華民國國籍，符合下列各款資格之一者，應參加本保險為保險對象：一、最近二年內曾有參加本保險紀錄且在臺灣地區設有戶籍，或參加本保險前六個月繼續在臺灣地區設有戶籍。」

三、行為時全民健康保險法施行細則第 36 條第 2 款前段

「保險對象有下列情形之一者，得辦理停保，由投保單位填具停保申報表一份送交保險人，並於失蹤或出國期間暫停繳納保險費：二、預定出國六個月以上者。」

四、全民健康保險法施行細則第 37 條第 1 項第 2 款

「保險對象具有下列情形之一，得辦理停保，由投保單位填具停保申報表一份送交保險人，並於失蹤或出國期間，暫時停止繳納保險費，保險人亦相對暫時停止保險給付：二、預定出國六個月以上者。但曾辦理出國停保，於返國復保後應屆滿三個月，始得再次辦理停保。」

五、行為時全民健康保險法施行細則第 38 條第 1 項第 2 款

「保險對象於停保原因消失後，依下列規定辦理：二、出國六個月以上者，自

返國之日辦理復保。但出國期間未滿六個月返國者，應註銷停保，並補繳保險費。」

六、全民健康保險法施行細則第 39 條第 1 項第 2 款

「保險對象停保後，應依下列規定辦理：二、預定出國六個月以上者，應自返國之日復保。但出國期間未滿六個月即提前返國者，應自返國之日註銷停保，並補繳保險費。」

案情摘要

103 年 11 月 17 日出境，依行政程序法第 48 條規定，始日不計算在內，故自 103 年 11 月 18 日起算出境 6 個期間，於 104 年 5 月 17 日（含）以後入境始達 6 個月，而符合停保免繳保險費之條件。

請求事項	重新認定出國期間
審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>健保署 104 年 5 月 22 日健保○字第 0000000000 號函要旨</p> <p>申請人於○○市○○區公所投保並辦理 104 年 1 月 15 日出國停保，惟出國未逾 6 個月即返國，不符停保資格，該署已註銷其停保，應追溯之保險費將於開計 104 年 5 月保險費繳款單時一併補收。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 8 條第 1 項第 1 款。</p> <p>(二) 全民健康保險法施行細則第 37 條第 1 項第 2 款及第 39 條第 1 項第 2 款。</p> <p>二、事實認定部分</p> <p>(一) 強制納保對象：</p> <p>申請人前於 99 年 11 月 10 日取得居留證，自在臺居留滿 4 個月之 100 年 3 月 10 日起已參加本保險，嗣取得中華民國國籍，於 100 年 11 月 18 日在臺初設戶籍登記，為本保險強制納保之保險對象。</p> <p>(二) 加、停保情形：</p> <p>申請人原以第 6 類第 2 目被保險人身分加保於○○市○○區公所，於 103 年 11 月 12 日辦理預定自 104 年 1 月 15 日出國停保（實際出國日期為 103 年 11 月 17 日）。</p> <p>(三) 入出境情形：</p> <p>申請人於 103 年 11 月 17 日出境至 104 年 5 月 16 日入境，單次出國期間未滿 6 個月，不符停保條件。</p> <p>(四) 綜上，申請人應註銷停保。</p> <p>三、申請人固主張 1 天的計算要以國際方式作為標準，要用 00:01 分為 1 天的開始，24:00 為 1 天的完畢，這樣算出國期間才會剛好 6 個月，請重新認定出國期間云云，惟依行政程序法第 48 條第 2 項及第 3 項前段規定：「期間以日、星期、月或年計算者，其始日不計</p>

算在內。但法律規定即日起算者，不在此限。」、「期間不以星期、月或年之始日起算者，以最後之星期、月或年與起算日相當日之前一日為期間之末日。」，準此，除法律另有規定外，期間以日、星期、月或年計算者，其始日均不計算在內。本件申請人於 103 年 11 月 17 日出境，依上開規定，自 103 年 11 月 18 日起算出國期間，於 104 年 5 月 17 日（含）以後入境，出境期間始達 6 個月，惟申請人於 104 年 5 月 16 日入境，出入國期間即未達 6 個月，申請人所稱核有誤解。

四、法律適用結果

綜上，健保署註銷申請人 104 年 1 月 15 日停保，核無不合，原核定應予維持。

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。

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 8 條第 1 項第 1 款

「具有中華民國國籍，符合下列各款資格之一者，應參加本保險為保險對象：
一、最近二年內曾有參加本保險紀錄且在臺灣地區設有戶籍，或參加本保險前六個月繼續在臺灣地區設有戶籍。」

二、全民健康保險法施行細則第 37 條第 1 項第 2 款

「保險對象具有下列情形之一，得辦理停保，由投保單位填具停保申報表一份送交保險人，並於失蹤或出國期間，暫時停止繳納保險費，保險人亦相對暫時停止保險給付：二、預定出國六個月以上者。但曾辦理出國停保，於返國復保後應屆滿三個月，始得再次辦理停保。」

三、全民健康保險法施行細則第 39 條第 1 項第 2 款

「保險對象停保後，應依下列規定辦理：二、預定出國六個月以上者，應自返國之日起復保。但出國期間未滿六個月即提前返國者，應自返國之日起註銷停保，並補繳保險費。」

案情摘要

保險對象有全民健康保險規定應計收補充保險費之所得，以所得實際取得之日期為準（收付實現制），而不問其所得原因之發生年度。

請求事項	要求繳交二代健保利息所得補充保險費，完全不合理。
審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	繳款單內容 102 年利息所得補充保險費計新臺幣(下同)7 萬 4,160 元。
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一)全民健康保險法第 31 條及第 33 條。</p> <p>(二)行為時全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法第 2 條、第 3 條第 1 項第 5 款、第 4 條第 1 項及第 2 項。</p> <p>二、依卷附相關資料顯示，中華郵政股份有限公司○○郵局於 102 年每月給付申請人 30 筆利息所得各為 1 萬 312 元，每單次給付金額已達 5,000 元，則健保署依規定以費率 2% 計收補充保險費計 7 萬 4,160 元[計算式：$10,312 \text{ 元} * 2\% = 206 \text{ 元}$，$(206 \text{ 元} * 30) * 12 \text{ 個月} = 74,160 \text{ 元}$]，於法有據。</p> <p>三、申請人雖主張其在中華郵政股份有限公司○○郵局開始定存的日期為 101 年 9 月 18 日，定存 2 年，是在全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法 101 年 10 月 30 日訂定發布之前，絕對不用去繳交這筆補充保險費，因新法條不可以溯及既往云云，惟所稱核難執為本案免收取補充保險費之論據，分述如下：</p> <p>(一)查 102 年 1 月 1 日施行之全民健康保險法(二代健保)第 31 條新增計收之補充保險費，其扣取及繳納係依全民健康保險法第 31 條規定，由給付單位（扣費義務人）於給付獎金、薪資所得、執行業務收入、股利所得、利息所得及租金收入等 6 項所得及收入時，依照同法第 33 條規定之費率 (2%) 及上下限的範圍扣取計收；又依行為時全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法第 3 條及第 4 條第 2 項規定，前開 6 項所得及收入，係所得稅法第 14 條所稱之個人各該類所得及收入，而就應扣取補充保險費之利息所得，其單次給付未達 2 萬元者，扣費義務人得依規定造冊，彙送給保險人，由保險人逕向保險對象收取。</p>

(二)個人所得之歸屬年度，依所得稅法第 14 條及第 88 條規定，並參照第 76 條之 1 第 1 項之意旨，係以實際取得之日期為準（收付實現制），亦即年度綜合所得稅之課徵，僅以已實現之所得為限，而不問其所得原因是否發生於該年度，為大法官釋字第 377 號所釋示。

(三)承上所述，補充保險費之扣取計收年度，自與個人（綜合）所得稅相同，以實際取得之日期為準（收付實現制），且全民健康保險法第 31 條第 1 項所稱之「給付時」，並經立法授權於行為時全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法第 2 條明定為「實際給付、轉帳給付或匯撥給付之時」，本件申請人系爭利息所得係於 102 年度取得，已如前述，依法應計收補充保險費。

四、綜上，健保署計收系爭補充保險費，並無不合，原核定應予維持。

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。

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 31 條

「第一類至第四類及第六類保險對象有下列各類所得，應依規定之補充保險費率計收補充保險費，由扣費義務人於給付時扣取，並於給付日之次月底前向保險人繳納。但單次給付金額逾新臺幣一千萬元之部分及未達一定金額者，免予扣取：

一、所屬投保單位給付全年累計逾當月投保金額四倍部分之獎金。

二、非所屬投保單位給付之薪資所得。但第二類被保險人之薪資所得，不在此限。

三、執行業務收入。但依第二十條規定以執行業務所得為投保金額者之執行業務收入，不在此限。

四、股利所得。但已列入投保金額計算保險費部分，不在此限。

五、利息所得。

六、租金收入。

扣費義務人因故不及於規定期限內扣繳時，應先行墊繳。

第一項所稱一定金額、扣取與繳納補充保險費之方式及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。」

二、全民健康保險法第 33 條

「第三十一條之補充保險費率，於本法中華民國一百年一月四日修正之條文施行第一年，以百分之二計算；自第二年起，應依本保險保險費率之成長率調整，其調整後之比率，由主管機關逐年公告。」

三、行為時全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法第 2 條

「本法第三十一條第一項所稱給付時，指實際給付、轉帳給付或匯撥給付之時。」

四、行為時全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法第 3 條第 1 項第 5 款

「本法第三十一條第一項各款所稱所得及收入，規定如下：五、利息所得：指所得稅法第十四條第一項第四類所稱之利息所得。」

五、行為時全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法第 4 條第 1 項及第 2 項

「扣費義務人給付本法第三十一條第一項各類所得時，其單次給付金額達新臺幣五千元者，應按規定之補充保險費率扣取補充保險費，並於給付日之次月底前填具繳款書，向保險人繳納。但符合本法第三十一條第一項第一款逾當月投保金額四倍部分之獎金，應全數計收補充保險費。」「前項應扣取補充保險費之利息所得，其單次給付未達新臺幣二萬元者，扣費義務人併得於次年一月三十一日之前，依照規定格式造冊，彙送給保險人，由保險人逕向保險對象收取。」

案情摘要

優惠存款利息屬應列計補充保險費之利息所得，而退休人員以優惠存款存單辦理質借，係退休人員另與臺灣銀行成立之借貸關係，因而所生之利息支出，非列計補充保險費之範圍，兩者性質不同，於計算補充保險費時不得相互抵扣。

請求事項		繳款單應予更正。
審 定		
主 文	申請審議駁回。	
事 實	<p>案件緣由及健保署 103 年 10 月 7 日健保○字第 0000000000 號函要旨 申請人於 103 年 9 月 29 日以健保署核發之繳款單與其領取之利息所得不符，請更正原補充保險費繳款單金額〔按：新臺幣（下同）2,532 元〕，重新發單云云，向健保署申訴，經健保署函復，略以查○○銀行每月給付申請人之存款利息為 1 萬 554 元，且未具免扣取資格，依規定扣收 2% 補充保險費，至於申請人因資金運用之考量向銀行質借優惠存款所支出之利息，屬另一法律關係，故○○銀行是先支付申請人優存利息再扣取質借透支利息，並非自始未付，依法仍應按原給付金額扣繳補充保險費，隨文檢還繳款單，請儘速持單繳納等語。</p>	
理 由	<p>一、法令依據 (一) 全民健康保險法第 31 條及第 33 條。 (二) 行為時全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法第 3 條第 1 項第 5 款、第 4 條第 1 項及第 2 項。</p> <p>二、依卷附相關資料顯示，○○銀行於 102 年每月給付申請人利息所得 1 萬 554 元，每單次給付金額已達 5,000 元，則健保署依規定以費率 2% 計收補充保險費計 2,532 元〔計算式：$10,554 \text{ 元} \times 2\% = 211 \text{ 元}$，$211 \text{ 元} \times 12 \text{ 個月} = 2,532 \text{ 元}$〕，於法有據。</p> <p>三、申請人主張其公務人員退休優惠存款依規定存放於○○銀行，原存款金額為 70 萬 3,600 元，102 年 5 月 16 日後本金只餘 4 萬 3,600 元，每月利息收入亦只有 654 元，依補充保費規定，單次給付利息金額 5,000 元才需繳納，其單次利息所得並未達該標準，且其並非將存款之本金領出另向他銀行借款而有利息支出，而係該存款本金已減少，銀行給付利息當然減少，銀行內部作帳，其無法置喙，惟其該筆優惠存款實際卻只有幾百元利息，該情形並非健保署核定函所指為另一法律關係，而是同一法律事實及關係，健保署應更正繳款單云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：</p>	

- (一) 查 102 年 1 月 1 日施行之全民健康保險法（二代健保）係經立法院通過、總統公布施行之法律，全國國民均有遵循之義務，一體適用全國國民，而有關補充保險費之扣取，係以有無全民健康保險法第 31 條規定之各類所得（獎金、股利、利息等等）為前提，其中利息所得依行為時全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法第 3 條第 1 項第 5 款規定，係指所得稅法第 14 條第 1 項第 4 類所稱之利息所得，而「公教優惠存款利息係屬所得稅法第 14 條第 1 項第 4 類規定之利息所得，依法應併計綜合所得總額課稅」為財政部賦稅署 85 年 12 月 7 日台稅一發字第 850731144 號函所釋示，是公教優惠存款利息核屬全民健康保險法第 31 條規定應列計補充保險費之利息所得，殆無疑義。
- (二) 又退休優惠存款係依主管機關審定退休人員得辦理優惠存款之金額計息，該優惠存款利息屬應列計補充保險費之利息所得，已如前述，而退休人員以優惠存款存單辦理質借，係退休人員另與○○銀行成立之借貸關係，因而所生之利息支出，非列計補充保險費之範圍，兩者性質不同，於計算補充保險費時自不得相互抵扣；況健保署意見書陳明，略以系爭 12 筆利息所得係該署依補充保險費扣費單位○○銀行申報申請人利息所得明細查知等語，且依卷附申請人之○○銀行存摺影本記載，○○銀行於 102 年均按月給付(存入)優存息 1 萬 554 元，顯示該銀行仍按申請人原存入之本金計息給付申請人，而各該單筆利息所得金額既已達 5,000 元，依法即應收取補充保險費。

四、綜上，健保署計收系爭補充保險費，並無不合，原核定應予維持。

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。

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 31 條

「第一類至第四類及第六類保險對象有下列各類所得，應依規定之補充保險費率計收補充保險費，由扣費義務人於給付時扣取，並於給付日之次月底前向

保險人繳納。但單次給付金額逾新臺幣一千萬元之部分及未達一定金額者，免予扣取：

- 一、所屬投保單位給付全年累計逾當月投保金額四倍部分之獎金。
- 二、非所屬投保單位給付之薪資所得。但第二類被保險人之薪資所得，不在此限。
- 三、執行業務收入。但依第二十條規定以執行業務所得為投保金額者之執行業務收入，不在此限。
- 四、股利所得。但已列入投保金額計算保險費部分，不在此限。
- 五、利息所得。
- 六、租金收入。

扣費義務人因故不及於規定期限內扣繳時，應先行墊繳。

第一項所稱一定金額、扣取與繳納補充保險費之方式及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。」

二、全民健康保險法第 33 條

「第三十一條之補充保險費率，於本法中華民國一百年一月四日修正之條文施行第一年，以百分之二計算；自第二年起，應依本保險保險費率之成長率調整，其調整後之比率，由主管機關逐年公告。」

三、行為時全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法第 3 條第 1 項第 5 款

「本法第三十一條第一項各款所稱所得及收入，規定如下：五、利息所得：指所得稅法第十四條第一項第四類所稱之利息所得。」

四、行為時全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法第 4 條第 1 項及第 2 項

「扣費義務人給付本法第三十一條第一項各類所得時，其單次給付金額達新臺幣五千元者，應按規定之補充保險費率扣取補充保險費，並於給付日之次月底前填具繳款書，向保險人繳納。但符合本法第三十一條第一項第一款逾當月投保金額四倍部分之獎金，應全數計收補充保險費。」「前項應扣取補充保險費之利息所得，其單次給付未達新臺幣二萬元者，扣費義務人併得於次年一月三十一日之前，依照規定格式造冊，彙送給保險人，由保險人逕向保險對象收取。」

案情摘要

有受僱者加保之投保單位支付所得稅法所定之薪資所得，其中得免予列入投保單位補充保險費之計算範圍者，僅限於該單位所申報其受僱者之投保金額，公司負責人既非全民健康保險法第 34 條所指之受僱者，縱領有公司支付之薪資所得，因該薪資所得並非其申報投保金額之計算基礎，不予以列計一般保險費，且依全民健康保險法第 31 條規定，亦不需列計為負責人個人之補充保險費計算基礎，是以，健保署未將公司負責人投保金額列入公司之受僱者投保金額總額一併減除計算補充保險費，自屬有據。

請求事項	二代健保補充保險費算法上異議。
審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、案件緣由及健保署文件內容要旨</p> <p>(一) 健保署於 104 年 7 月 10 日以健保○字第 0000000000 號函知申請人，略以該署依 102 年度財稅薪資所得資料，查得申請人公司 102 年支付之薪資所得總額(所得格式代號 50)合計新臺幣(下同)639 萬 1,957 元，而同年度受僱者投保金額總額合計 544 萬 8,500 元，二者差額 94 萬 3,457 元，按補充保險費率 2% 計算，申請人尚應繳納 102 年度投保單位補充保險費 1 萬 8,869 元，隨函檢附查核名冊 1 份，請申請人查對更正等語。</p> <p>(二) 罷健保署循申請人公司負責人之電話詢問，以 104 年 7 月 29 日健保○字第 0000000000 號函復申請人公司負責人藍○○，略以：</p> <ol style="list-style-type: none">1. 按雇主非全民健康保險法第 34 條規定之受僱者，其投保金額不計入投保單位之受僱者當月投保金額總額，投保單位支付雇主薪資所得，仍應將薪資所得列入薪資所得總額計算。2. 查申請人 102 年支付之薪資所得總額計 639 萬 1,957 元，逾受僱員工投保金額總額 544 萬 8,500 元之差額計 94 萬 3,457 元，應按補充保險費率 2% 計算繳納 1 萬 8,869 元，該署將於 104 年 8 月寄發繳款單，請按時繳納。 <p>(三) 健保署隨後於 104 年 8 月 5 日列印核發 104 年度查核投保單位補充保險費繳款單予申請人，計收申請人公司 102 年度投保單位補充保險費 1 萬 8,869 元。</p> <p>二、申請人不服，先後檢附前開健保署 104 年 7 月 29 日健保○字第 0000000000 號函及 104 年 8 月 5 日列印核發之投保單位補充保險費繳款單影本，向本部申請審議。</p>

理	<p>由</p> <p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 33 條及第 34 條。</p> <p>(二) 全民健康保險法施行細則第 55 條及第 56 條第 2 項。</p> <p>二、按「第一類第一目至第三目被保險人之投保單位，每月支付之薪資所得總額逾其受僱者當月投保金額總額時，應按其差額及前條比率計算應負擔之補充保險費，併同其依第二十七條規定應負擔之保險費，按月繳納。」、「本法第三十四條所稱薪資所得總額，指符合所得稅法第十四條第一項第三類所定薪資所得規定之所得合計額。」為全民健康保險法第 34 條及其施行細則第 55 條所明定，是以，有受僱者加保之投保單位支付所得稅法所定之薪資所得（所得格式代號 50），其中得免予列入投保單位補充保險費之計算範圍者，僅限於該單位所申報其受僱者之投保金額，審諸其意甚明。</p> <p>三、申請人公司於 102 年度申報財稅薪資所得（所得格式代號 50）總額為 639 萬 1,957 元，而所申報同年度之受僱者全年投保金額總額為 544 萬 8,500 元，有申請人薪資所得總額資料及投保金額統計作業資料等相關資料影本附卷可稽，復為申請人所不爭執，則健保署就兩者差額 94 萬 3,457 元 ($6,391,957 \text{ 元} - 5,448,500 \text{ 元} = 943,457 \text{ 元}$)，依規定費率 2% 計收其投保單位應繳納之補充保險費為 1 萬 8,869 元 ($943,457 \text{ 元} * 2\% = 18,869 \text{ 元}$)，於法有據。</p> <p>四、申請人主張依全民健康保險法第 20 條規定，雇主以其營利所得申報投保金額，投保金額不計入之算法有爭議，應在年度薪資所得總額也一併扣除雇主之薪資，況其公司多年來並未有盈餘，如此算法並不合理云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：</p> <p>(一) 健保署意見書陳明，略以：</p> <p>1. 為提供國人適切醫療照護，以保障全體國民之健康權，故政府依法訂定全民健康保險法，又全民健康保險法係經立法院審議通過，並經總統公布施行之法律，全國國民即有主動知悉及遵循之義務，該署多年來持續就全民健康保險法相關規定舉辦各種說明會及利用各項媒體中廣為宣導。全民健保是社會保險，保險費繳納係依經濟狀況量能付費，二代健保在現有財源基礎及保險費計收方式之外，投保單位(雇主)每月所支付薪資總額與其受僱者當月投保金額間之差額，亦增列為計費基礎，收取補充保險費，以擴大費基，落實量能負擔的精神，提升保費負擔的公平性。</p>
---	--

2. 102 年 1 月 1 日修正施行之全民健康保險法第 34 條規定，第 1 類第 1 目至第 3 目被保險人之投保單位，每月支付之薪資所得總額逾其受僱者當月投保金額總額時，應按其差額及前條比率(目前為 2%)計算應負擔之補充保險費，並按月繳納。又全民健康保險法施行細則第 55 條規定，該法第 34 條所稱薪資所得總額，指符合所得稅法第 14 條第 1 項第 3 類所定薪資所得規定之所得合計額。因此當投保單位有支付符合上述所得稅法規定之薪資所得時，應將該薪資所得列入「薪資所得總額」計算，又雇主為第 1 類第 4 目被保險人，依全民健康保險法第 20 條規定，以其營利所得申報投保金額，非全民健康保險法第 34 條規定之第 1 類第 1 目至第 3 目被保險人之投保單位的受僱者，故其投保金額不予計入投保單位之「受僱者當月投金額總額」。

3. 該署依財稅薪資所得資料查得申請人 102 年度申報薪資所得總額為 639 萬 1,957 元，同年受僱者投保金額總額為 544 萬 8,500 元，其差額按補充保險費率(2%)計算，尚應補繳投保單位補充保險費 1 萬 8,869 元。

(二) 依卷附保險對象投保歷史列印資料顯示，藍○○於 102 年 1 月至 12 月間係以負責人身分加保於申請人公司，即為全民健康保險法第 10 條第 1 項第 1 款第 4 目所定雇主之被保險人，不論其實際收入多寡，依全民健康保險法第 20 條第 1 項第 2 款規定，均以其營利所得申報投保金額；且藍○○於系爭 102 年期間之投保身分既非全民健康保險法第 34 條所指之受僱者，縱領有申請人公司支付之薪資所得，因該薪資所得並非其申報投保金額之計算基礎，不予列計一般保險費，且依全民健康保險法第 31 條規定，亦不需列計為藍○○個人之補充保險費計算基礎，是以，健保署未將其負責人投保金額列入申請人公司之受僱者投保金額總額一併減除計算補充保險費，自屬有據。

五、綜上，健保署核定申請人 102 年度投保單位之補充保險費為 1 萬 8,869 元，核無不合，原核定均應予維持。

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。

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 33 條

「第三十一條之補充保險費率，於本法中華民國一百年一月四日修正之條文施行第一年，以百分之二計算；自第二年起，應依本保險保險費率之成長率調整，其調整後之比率，由主管機關逐年公告。」

二、全民健康保險法第 34 條

「第一類第一目至第三目被保險人之投保單位，每月支付之薪資所得總額逾其受僱者當月投保金額總額時，應按其差額及前條比率計算應負擔之補充保險費，併同其依第二十七條規定應負擔之保險費，按月繳納。」

三、全民健康保險法施行細則第 55 條

「本法第三十四條所稱薪資所得總額，指符合所得稅法第十四條第一項第三類所定薪資所得規定之所得合計額。」

四、全民健康保險法施行細則第 56 條第 2 項

「投保單位未依本法第三十四條規定足額繳納補充保險費時，保險人得依查得之薪資所得，核定應繳納之補充保險費，並開具繳款單交投保單位依限繳納。」

案情摘要

公司所聘外籍主管雖不具全民健康保險投保資格，惟公司支付外籍主管薪資所得符合所得稅法所定薪資所得，應列計為公司支付之薪資所得總額，併為投保單位補充保險費之計算範圍。

請求事項	免繳補充保險費新臺幣（下同）27 萬 410 元。
審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	繳款單內容 計收申請人公司 102 年度投保單位補充保險費 27 萬 410 元。
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 33 條及第 34 條。</p> <p>(二) 全民健康保險法施行細則第 55 條及第 56 條第 2 項。</p> <p>二、按「第一類第一目至第三目被保險人之投保單位，每月支付之薪資所得總額逾其受僱者當月投保金額總額時，應按其差額及前條比率計算應負擔之補充保險費，併同其依第二十七條規定應負擔之保險費，按月繳納。」、「本法第三十四條所稱薪資所得總額，指符合所得稅法第十四條第一項第三類所定薪資所得規定之所得合計額。」為全民健康保險法第 34 條及其施行細則第 55 條所明定，是以，有受僱者加保之投保單位支付所得稅法所定之薪資所得（所得格式代號 50），於扣除該單位所申報其受僱者之投保金額後，其差額即應列入投保單位補充保險費之計算範圍，審諸其意甚明。</p> <p>三、申請人公司於 102 年度申報財稅薪資所得（所得格式代號 50）總額為 1,711 萬 7,763 元，而所申報同年度之受僱者全年投保金額總額為 287 萬 5,200 元，有申請人 102 年度財稅薪資所得及投保金額總額查核作業電腦查詢畫面等相關資料影本附卷可稽，復為申請人所不爭執，則健保署就兩者差額 1,424 萬 2,563 元(17,117,763 元 - 2,875,200 元 = 14,242,563 元)，依規定費率 2% 核計其投保單位應繳納之補充保險費為 28 萬 4,851 元 (14,242,563 * 2% = 284,851)，扣除申請人已繳之補充保險費 1 萬 4,441 元後，核定申請人應補繳 102 年度投保單位補充保險費 27 萬 410 元，於法有據。</p> <p>四、申請人主張其公司 2 位外籍主管不符投保資格，無法享有健保資源，但依全民健康保險法第 34 條規定，其 2 位外籍主管之薪資，投保單位仍需負擔二代健保補充保費，實不合情理云云，惟所稱核難執為</p>

本案之論據，分述如下：

(一) 健保署意見書陳明，略以：

1. 保險費負擔公平乃是全民健康保險永續經營的基石，亦為國家社會安全重要一環，基於健保財務穩定，政府推動二代健保，將一代健保以薪資所得為健保保險費主要費基基礎擴大，如民眾有高額獎金、執行業務收入、股利所得、利息所得、租金收入及兼職所得等計收補充保險費，及雇主就其每月所支付薪資所得總額與其受僱者每月投保金額總額間之差額，增列為計費基礎收取補充保險費部分，以提升負擔公平之精神前提下，確為二代健保之立意。
2. 全民健康保險法第 9 條、第 10 條第 1 項、第 15 條第 1 項、第 34 條及施行細則第 55 條規定略以，在臺灣地區領有居留證明文件，有一定雇主之受僱者，應參加本保險為保險對象，被保險人區分為 6 類，其中第 1 類第 1 目至第 3 目被保險人為受僱者，第 1 類及第 2 類被保險人，以其服務之機關、學校、事業、機構、雇主或所屬團體為投保單位，第 1 類第 1 目至第 3 目被保險人之投保單位，每月支付之薪資所得總額(所得稅格式代號 50)，包含投保單位支付予受僱者、非受僱者及非本保險之保險對象)逾其受僱者當月投保金額總額時，應按其差額及補充保險費率(目前為 2%)，計算應負擔之補充保險費，又薪資所得總額，指符合所得稅法第 14 條第 1 項第 3 類所定薪資所得規定之所得合計額，包括薪金、俸給、工資、津貼、歲費、獎金、紅利及各種補助費(所得稅格式代號 50)。

(二) 查 102 年 1 月 1 日施行之全民健康保險法（二代健保）係經立法院通過、總統公布施行之法律，所新增計收投保單位之補充保險費，依全民健康保險法第 34 條及其施行細則第 55 條規定，有受僱者加保之投保單位所支付符合所得稅法第 14 條第 1 項第 3 類所定之薪資所得(所得稅格式代號 50)，不論支付之對象為何人，一律列為該投保單位補充保險費計算之費基。

(三) 本件申請人所稱之 2 位外籍主管雖不具全民健康保險投保資格，惟申請人公司支付渠等之薪資所得符合所得稅法第 14 條第 1 項第 3 類所定薪資所得 (所得稅格式代號 50)，既為申請人所不否認，自應列計為申請人公司支付之薪資所得總額，健保署認定應併為

其投保單位補充保險費之計算範圍，自屬有據，所稱核屬立法政策範疇，尚非本件所得審究。

五、綜上，健保署開單補收系爭申請人102年度投保單位之補充保險費，核無不合，原核定應予維持。

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。

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33條

「第三十一條之補充保險費率，於本法中華民國一百年一月四日修正之條文施行第一年，以百分之二計算；自第二年起，應依本保險保險費率之成長率調整，其調整後之比率，由主管機關逐年公告。」

二、全民健康保險法第34條

「第一類第一目至第三目被保險人之投保單位，每月支付之薪資所得總額逾其受僱者當月投保金額總額時，應按其差額及前條比率計算應負擔之補充保險費，併同其依第二十七條規定應負擔之保險費，按月繳納。」

三、全民健康保險法施行細則第55條

「本法第三十四條所稱薪資所得總額，指符合所得稅法第十四條第一項第三類所定薪資所得規定之所得合計額。」

四、全民健康保險法施行細則第56條第2項

「投保單位未依本法第三十四條規定足額繳納補充保險費時，保險人得依查得之薪資所得，核定應繳納之補充保險費，並開具繳款單交投保單位依限繳納。」

案情摘要

全民健康保險之保險費，採論進不論出及按月原則計繳，被保險人投保（轉入）當月，應繳納全月之保險費，退保（轉出）當月免繳保險費。

請求事項	不同意追溯補收 104 年 6 月保險費。
審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	繳款單內容 追溯補收 104 年 6 月中斷投保保險費計新臺幣（下同）749 元。
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 8 條第 1 項第 1 款及第 30 條。</p> <p>(二) 改制前行政院衛生署（於 102 年 7 月 23 日改制為衛生福利部）85 年 1 月 12 日衛署健保字第 84071834 號函。</p> <p>二、事實認定部分</p> <p>(一) 強制納保對象：</p> <p>本件申請人係中華民國國籍，在臺設有戶籍，為本保險強制納保之保險對象。</p> <p>(二) 系爭保險費期間加保情形：</p> <p>申請人原以第 1 類第 2 目被保險人身分加保於○○○公司，嗣於 104 年 6 月 29 日自該公司轉出後，未以適當身分投保，迄於 104 年 7 月 1 日始以第 1 類第 2 目被保險人身分轉入○○公司加保，致其 104 年 6 月有中斷投保情形，健保署乃逕予辦理申請人以第 6 類第 2 目被保險人身分銜接加保。</p> <p>(三) 綜上，申請人應繳納 104 年 6 月中斷投保之保險費 749 元。</p> <p>三、申請人雖主張原於○○○公司建教合作，因快畢業找到新工作，將於 104 年 7 月 1 日到班，在 104 年 6 月 30 日沒班情形下，故於 6 月 29 日辦理離職，其 104 年 6 月份仍有雇主，且工作並未中斷，為何要繳納全額健保費云云，惟所稱核有誤解，分述如下：</p> <p>(一) 查全民健康保險係強制性社會保險，凡符合投保資格之保險對象，均有依法以適當身分投保及繳納保險費之義務，不能中斷投保，且全民健康保險法第 30 條規定本保險之保險費，採論進不論出及按月原則計繳，即被保險人投保（轉入）當月，投保單位應繳納全月之保險費，而退保（轉出）當月，於轉出單位則免繳納保險費；本件申請人於 104 年 6 月 29 日自○○○公司離職轉出，</p>

	<p>為申請人所不爭執，則申請人於 104 年 6 月 29 日轉出後，即不在該公司投保，惟仍應以適法身分參加本保險，並繳納 104 年 6 月全月之保險費。</p> <p>(二) 申請人於 104 年 6 月 29 日至 30 日中斷投保期間係經健保署依改制前行政院衛生署 85 年 1 月 12 日衛署健保第 84071834 號函示逕辦以第 6 類第 2 目被保險人身分加保，爰健保署按第 6 類地區人口之保險費 749 元計收其 104 年 6 月保險費，核屬有據。</p> <p>四、綜上，健保署開單計收申請人系爭保險費，核無不合，原核定應予維持。</p>
--	---

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。

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 8 條第 1 項第 1 款

「具有中華民國國籍，符合下列各款資格之一者，應參加本保險為保險對象：
一、最近二年內曾有參加本保險紀錄且在臺灣地區設有戶籍，或參加本保險前六個月繼續在臺灣地區設有戶籍。」

二、全民健康保險法第 30 條

「第十八條及第二十三條規定之保險費，依下列規定，按月繳納：
一、第一類被保險人應自付之保險費，由投保單位負責扣、收繳，並須於次月底前，連同投保單位應負擔部分，一併向保險人繳納。
二、第二類、第三類及第六類被保險人應自付之保險費，按月向其投保單位繳納，投保單位應於次月底前，負責彙繳保險人。
三、第五類被保險人之保險費，由應補助保險費之中央社政主管機關，於當月五日前撥付保險人。
四、第一類至第四類及第六類保險對象之保險費，應由各機關補助部分，每半年一次於一月底及七月底前預撥保險人，於年底時結算。」

「前項保險費，應於被保險人投保當月繳納全月保險費，退保當月免繳保費。」

三、改制前行政院衛生署 85 年 1 月 12 日衛署健保字第 84071834 號函

「保險對象因失業、轉換工作、身分變更等造成之中斷投保情事，其中斷期間同意以地區人口身分補繳保險費。如經申復，並舉證其實際身分，查證屬實者，再依其實際身分暨繳保險費，以方便保險對象補中斷投保手續。」

案情摘要

保險對象出國停保後入境，停保之效力即已中斷，應辦理復保，健保署有無發函通知或寄發保險費繳款單，均不影響應負擔繳納保險費之義務。

請求事項	一、將其配偶自動強制復保之所有保險費註銷，並將其配偶 103 年 9 月 14 日之停保更改為退保。 二、修改全民健康保險法，針對持有居留證之外籍人士，增加退保條例，並取消外國人自動復保之作法。 三、協請內政部移民署加強出入境查證、增加註銷居留證相關辦法，並請加強地方鄉鎮區公所之駐員訓練，不要再將外籍人士之退保要求，主動連想為停保。
審定	
主文	申請審議駁回。
事實	健保署 105 年 2 月 1 日健保○字第 0000000000 號函要旨 申請人眷屬林○○於○○市○○區公所辦理 103 年 9 月 14 日停保在案，惟停保後已於 104 年 4 月 28 日入境返國，未依規定辦理復保手續，該署依據入出境資料，逕行核定於返國之日復保生效，應補繳 104 年 4 月至 105 年 1 月期間之保險費，將於 105 年 1 月份繳款單一併計收。
理由	一、法令依據 (一) 行為時全民健康保險法第 9 條第 1 款、第 10 條第 2 項前段及第 11 條之 1 (100 年 1 月 26 日修正移列為第 2 條第 2 款 1 目及第 9 條第 1 款，自 102 年 1 月 1 日施行)。 (二) 全民健康保險法施行細則第 37 條第 1 項第 2 款及第 39 條第 1 項第 2 款。 二、本件經審查卷附中華民國居留證、外人居留資料查詢-外僑口卡、內政部移民署 105 年 2 月 24 日移署○字第 0000000000 號函〔含附件外國人居停留查詢、外人居停留資料查詢(外僑)-明細內容〕、個人戶籍資料、全民健康保險第六類保險對象停保(復保)申請表、旅客入出境紀錄清單、保險對象投保歷史等相關資料影本，認為： (一) 強制納保對象： 本件申請人之配偶林○○係日本籍人士，101 年 4 月 1 日入境，同日申准取得居留證，於 102 年 12 月 20 日出境，其後多次入出境，嗣 105 年 2 月 4 日入境，向內政部移民署申准註銷居留證，並於 105 年 2 月 14 日出境，因未曾有參加本保險紀錄，自 101

年 8 月 1 日在臺居留滿 4 個月至 105 年 2 月 14 日註銷居留證之日止，為本保險強制納保之保險對象。

(二) 加、停保情形：

申請人之配偶林○○自 101 年 8 月 3 日起以第 6 類第 2 目被保險人眷屬身分依附申請人加保於○○縣○○鄉公所(103 年 12 月 25 日改制為○○市○○區公所)，申請人於 103 年 9 月 9 日辦理其眷屬林○○預定自 103 年 9 月 14 日出國停保。

(三) 入出境情形：

1. 申請人眷屬林○○於 103 年 9 月 14 日出境至 104 年 4 月 28 日入境，單次出境期間滿 6 個月，應自該入境返國日起復保。
2. 其後申請人眷屬林○○於 104 年 5 月 4 日出境，於系爭保險費計費期間雖再次入出境，惟均未於出國前或停留國外期間申請停保，不符停保免繳保險費規定。

(四) 綜上，申請人眷屬林○○應自 104 年 4 月 28 日起復保，申請人並應繳納其眷屬林○○系爭 104 年 4 月至 105 年 1 月保險費。

三、申請人主張其與外籍配偶林○○自 103 年 9 月 14 日起移居日本，移居前至○○區公所告知其配偶無需健保，被告知辦理停保即可，其 105 年 2 月 3 日接到健保署公文，才得知 104 年 4 月 28 日返臺探親 1 周就被自動強制復保並追溯至入境當日，其間並無任何林○○的復保通知或健保繳費單，其已於 105 年 2 月 4 日返臺辦理林○○居留證註銷。因其不諳法令，不知無戶籍無法享受國民權利而等待居留證自動失效之外國人有復保義務，若相關承辦人員於 103 年 9 月辦理取消健保時，即時告知需辦理退保，就不會有此案件，而健保署理應於 104 年 5 月就告知已自動復保，或於 5、6、7 月寄出繳款單，則其可在當下立即採取行動，而不是等費用都累積到新臺幣八、九千元才通知，這是行政怠惰還是意圖使人欠費云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 健保署意見書陳明，略以：

1. 有關出國停復保之規定，該署除製作宣導單張及印製便民手冊外，並於媒體、網站或辦理各項健保業務說明會場合中廣為宣導，復隨著電子資訊科技蓬勃發展，該署全球資訊網亦備有中英文資訊網頁，提供民眾無國界的服務。
2. 該署前以 105 年 2 月 23 日健保○字第 0000000000 號函詢內政部

移民署查證，並依內政部移民署 105 年 2 月 24 日移署○字第 0000000000 號函檢附申請人眷屬林○○之外國人居停留查詢資料，依全民健康保險法第 13 條第 2 款規定，逕予核定林○○自 105 年 2 月 14 日退保生效。

3. 申請人眷屬林○○於本保險投保期間，如有就醫有自墊醫療費用之情事，可依規定向該署申請核退，其參加本保險應享有之就醫權益仍受保障。

(二) 全民健康保險係屬強制性之社會保險，凡在臺灣地區領有居留證明文件，且在臺居留滿一定期間，而符合全民健康保險投保資格者，均應一律參加全民健康保險，不得有中斷情事。又全民健康保險法係為提供醫療保健服務而制定，經立法院通過並經總統公布施行之法律，全體保險對象即有主動知悉及遵循之義務，尚不得因不瞭解法令規定內容或未收到通知等理由，而主張免除應負擔之義務。

(三) 又考量符合加保資格而長期停留國外之保險對象，其使用健保醫療資源之方便性，異於國內之保險對象，故於全民健康保險法施行細則第 37 條及第 39 條訂定出國停保、復保之規定，賦予保險對象是否申請停保之選擇權，保險對象如選擇辦理停保，應於出國前主動提出申請，且以每單次出國 6 個月以上為要件，而出國 6 個月以上者，自返國之日起辦理復保，倘曾辦理出國停保，於返國復保後，應屆滿 3 個月，始得再次辦理停保；如未申請停保或出國期間未達 6 個月，即為全民健康保險法所定應繼續加保之保險對象及負有繳納保險費之義務。本件申請人於 103 年 9 月 9 日為其眷屬林○○辦理 103 年 9 月 14 日出國停保之申請表填表說明二、(二)、2 列有「出國 6 個月以上，已辦理停保的民眾，於入境返國時，不論停留期間長短，都要在返國後檢附戶籍相關證明文件及入出境證明或護照全份影本辦理復保，並繳納保險費，嗣後再出國時，應於復保屆滿 3 個月，始得再次選擇是否停保；如果出國未滿 6 個月即返國，停保將被註銷，而且要補繳保險費。」，申請人於申請表上簽名確認對該等規定已瞭解在案，有經申請人簽名之申請表影本附卷可稽，是申請人所稱不知其配偶有復保義務，尚不足採。

(四) 申請人眷屬林○○於 104 年 4 月 28 日入境後，其停保之效力即

已中斷，自應辦理復保，並自停保中斷時續繳保費，此係全民健康保險法第30條第2項前段及其施行細則第39條第1項第2款規定之構成要件該當而當然發生之效力，不因健保署有無發函通知而有差異；又保險費繳款單僅係確認保險費具體金額所為之行政處分，繳款單之掣發與否，亦不影響申請人眷屬林○○因停保中斷而有保險費債務之存在；再者，申請人眷屬林○○何時入境、何時出境，當屬自身最為了解，健保署固為健保業務之主管機關，然非管理入、出國境之主管機關，是健保署就申請人眷屬林○○入出國境之資料端賴其他相關主管機關彙整後提供，自無法於申請人入境後立即通知，況申請人既知得申辦停保，當應知悉其眷屬林○○返國後即生停保中斷之效力，健保署並無主動告知之義務，且停保固可暫免繳納保費，惟亦喪失使用健保醫療資源之權利；續保固有保費負擔，惟享有保險給付之權利，是停保與否，各有利弊，當由申請人眷屬林○○自行評估後決定，其是否再申請停保，事涉利害，當非健保署所能左右，是健保署亦無通知申請人眷屬林○○得再辦理停保之義務，此復有臺灣臺北地方法院101年度簡字第64號行政訴訟判決意旨可資參考。

四、綜上，健保署核定申請人眷屬林○○自104年4月28日起復保，並計收系爭林○○之保險費，核無不合，原核定應予維持。至申請人主張針對持有居留證之外籍人士，修改全民健康保險法，增加退保條例，取消外國人自動復保，請內政部移民署增加註銷居留證相關辦法等節，核屬立法政策考量或內政部權責之範疇，均非本件所得審究，併予敘明。

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。

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、行為時全民健康保險法第9條第1款

「第一類至第三類及第六類被保險人之眷屬，規定如下：一、被保險人之配偶，且無職業者。」

二、全民健康保險法第2條第2款第1目

「本法用詞，定義如下：二、眷屬：（一）被保險人之配偶，且無職業者。」

三、行為時全民健康保險法第10條第2項前段

「不符前項資格規定，而在臺灣地區領有居留證明文件，並符合第八條所定被保險人資格或前條所定眷屬資格者，自在臺居留滿四個月時起，亦得參加本保險為保險對象。」

四、行為時全民健康保險法第11條之1

「符合第十條規定之保險對象，除第十一條所定情形外，應一律參加本保險。」

五、全民健康保險法第9條第1款

「除前條規定者外，在臺灣地區領有居留證明文件，並符合下列各款資格之一者，亦應參加本保險為保險對象：一、在臺居留滿六個月。」

六、全民健康保險法施行細則第37條第1項第2款

「保險對象具有下列情形之一，得辦理停保，由投保單位填具停保申報表一份送交保險人，並於失蹤或出國期間，暫時停止繳納保險費，保險人亦相對暫時停止保險給付：二、預定出國六個月以上者。但曾辦理出國停保，於返國復保後應屆滿三個月，始得再次辦理停保。」

七、全民健康保險法施行細則第39條第1項第2款

「保險對象停保後，應依下列規定辦理：二、預定出國六個月以上者，應自返國之日復保。但出國期間未滿六個月即提前返國者，應自返國之日註銷停保，並補繳保險費。」

案情摘要

未成年子女應擇其父或母之任一方依附加保，如已擇定依附其中一方投保，即不得於事後再主張應由未依附之一方繳交保險費。

請求事項	薛○○健保費應由盧○○繳交並依附盧○○名下加保。
審 定	
主 文	<p>一、關於健保署臺北業務組 104 年 7 月 28 日健保○字第 0000000000 號書函部分申請審議不受理。</p> <p>二、其餘申請審議駁回。</p>
事 實	<p>一、健保署文件內容要旨</p> <p>(一) 104 年 7 月 2 日保險費欠費繳款單 計收申請人眷屬薛○○103 年 11 月至 12 月保險費計新臺幣 1,344 元。</p> <p>(二) 臺北業務組 104 年 7 月 28 日健保○字第 0000000000 號書函 查申請人未滿 20 歲眷屬薛○○自 104 年 3 月 24 日起未投保全民健康保險，請依檢附之「全民健康保險補辦投保作業說明」，於文到次日起 15 日內自上開日期補辦銜接投保，屆時未蒙惠辦，該署將逕予辦理投保。</p> <p>二、申請人檢附前開函及繳款單，一併向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一)全民健康保險爭議事項審議辦法第 2 條第 1 項及第 18 條第 1 項第 6 款。</p> <p>(二)全民健康保險法第 2 條第 2 款第 3 目、第 8 條第 1 項第 1 款、第 12 條及第 18 條。</p> <p>(三)全民健康保險法施行細則第 18 條第 1 項。</p> <p>二、關於健保署臺北業務組 104 年 7 月 28 日健保○字第 0000000000 號書函部分 此部分姑不論保險對象納保與否，乃屬保險人即健保署之職權，健保署所屬內部單位臺北業務組並無核定之職權，對外仍應以健保署名義作成處分，系爭健保署臺北業務組前開書函形式上已難認屬行政處分，況查該書函係健保署臺北業務組查得申請人未成年眷屬薛○○於 104 年 3 月 24 日自○○市○○工會轉出後即未加保，通知申請人請儘速補辦其眷屬薛○○銜接加保等事項所為單純事實之敘述</p>

及說明，尚不因該項敘述或說明而對申請人權益發生具體之法律上效果，僅係觀念通知，並非前揭辦法所定之核定案件，申請人對之申請審議，自有未合，此部分應不予受理。

三、關於 104 年 7 月 2 日保險費欠費繳款單部分

(一) 本件依卷附全民健康保險第 1、2、3 類保險對象投保申報表、保險對象計費投保歷史、戶籍資料等相關資料影本顯示，申請人之子薛○○(93 年次)係中華民國國籍，在臺設有戶籍，為本保險強制納保之保險對象，由申請人所屬投保單位○○市○○工會於 103 年 10 月間申報自 103 年 7 月 11 日起以第 2 類被保險人眷屬身分依附申請人加保於該工會，至 104 年 3 月 24 日始轉出該工會，申請人於其子薛○○以眷屬身分依附加保之前開 103 年 7 月至 104 年 2 月期間，即應依規定繳納眷屬薛○○之保險費，則健保署開單向申請人計收其眷屬薛○○系爭 103 年 11 月及 12 月保險費，自屬有據。

(二) 申請人主張其眷屬薛○○自 102 年 11 月 30 日由其配偶盧○○從原住所○○市帶至○○居住，其配偶盧○○並發律師函告知此事，薛○○之戶籍並已遷至○○，且其配偶盧○○亦向法院起訴爭取薛○○之監護權，薛○○之健保費應由盧○○繳交云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

1. 依全民健康保險法施行細則第 18 條第 1 項規定，分屬 2 位以上被保險人之眷屬，且無全民健康保險法第 12 條規定經主管機關認定有遭受家庭暴力等難以隨同被保險人辦理投保及退保之情形者，應擇一投保，合先敘明。
2. 本件申請人之眷屬薛○○係未成年人，為申請人及盧○○之子，符合全民健康保險法第 2 條第 2 款第 3 目規定之眷屬身分，且無經主管機關認定難以隨同被保險人辦理投保及退保之情形，可擇其父即申請人或其母之任一方依附加保，而申請人既由其投保單位○○市○○工會申報其子薛○○系爭 103 年 11 月及 12 月以眷屬身分依附投保，已如前述，則申請人事後再主張應由與薛○○無健保依附加保關係之其配偶盧○○繳交薛○○之系爭保險費，即難認有理由。

四、法律適用結果

(一) 綜上，關於健保署臺北業務組 104 年 7 月 28 日健保○字第

	<p>0000000000 號書函部分，申請審議應不予受理；其餘關於健保署開單計收申請人眷屬薛○○103 年 11 月至 12 月保險費部分，核無不合，原核定應予維持。</p> <p>(二) 至申請人一併主張其眷屬薛○○應轉入其配偶盧○○名下投保部分，並非本件原核定範圍，尚非本件所得審究，併予敘明。</p> <p>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 6 款暨第 19 條第 1 項規定，審定如主文。</p>
--	--

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 2 條第 1 項

「保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對於保險人核定下列全民健康保險權益案件有爭議時，得依本辦法規定申請權益案件之審議：一、關於保險對象之資格及投保手續事項。二、關於被保險人投保金額事項。三、關於保險費、滯納金及罰鍰事項。四、關於保險給付事項。五、其他關於保險權益事項。」

二、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 6 款

「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：六、爭議之內容非第二條所定事項。」

三、全民健康保險法第 2 條第 2 款第 3 目

「本法用詞，定義如下：二、眷屬：(三)被保險人二親等內直系血親卑親屬未滿 20 歲且無職業，或年滿 20 歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。」

四、全民健康保險法第 8 條第 1 項第 1 款

「具有中華民國國籍，符合下列各款資格之一者，應參加本保險為保險對象：一、最近二年內曾有參加本保險紀錄且在臺灣地區設有戶籍，或參加本保險前六個月繼續在臺灣地區設有戶籍。」

五、全民健康保險法第 12 條

「符合第二條規定之被保險人眷屬，應隨同被保險人辦理投保及退保。但有遭受家庭暴力等難以隨同被保險人辦理投保及退保之情形，經主管機關認定者，不在此限。」

六、全民健康保險法第 18 條

「第一類至第三類被保險人及其眷屬之保險費，依被保險人之投保金額及保險費率計算之；保險費率，以百分之六為上限。前項眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過三口者，以三口計。」

七、全民健康保險法施行細則第 18 條第 1 項

「保險對象分屬二位以上被保險人之眷屬，且無本法第十二條規定難以隨同被保險人辦理投保及退保之情形者，應依下列順序，擇一被保險人依附投保：配偶或一親等直系血親。二、二親等直系血親。三、三親等以上直系血親卑親屬。」

案情摘要

投保單位依法應按月繳納其單位應負擔及加保於該單位被保險人應自付之保險費，縱嗣後該投保單位停業，就停業前已發生之保險費仍負有繳納義務，健保署追繳停業前應繳之保險費，核無不合。

請求事項	撤銷原核定。
審 定	
主 文	<p>一、關於計收申請人○○工程行 100 年 9 月至 12 月、101 年 9 月至 12 月保險費計新臺幣 17 萬 1,438 元及 100 年 9 月保險費滯納金計新臺幣 2,257 元部分，申請審議不理。</p> <p>二、其餘申請審議駁回。</p>
事 實	<p>一、繳款單內容（繳款人○○工程行）</p> <p>(一)計收申請人○○工程行 100 年 9 月至 12 月、101 年 9 月至 12 月(含申請人王○○100 年 12 月及 101 年 3 月至 11 月)保險費計新臺幣(下同)17 萬 1,438 元。</p> <p>(二)核收申請人○○工程行 100 年 9 月及 101 年 12 月保險費滯納金計 2,697 元。</p> <p>(三)共計 17 萬 4,135 元。</p> <p>二、申請人等 2 人檢附前開繳款單影本，向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一)全民健康保險爭議事項審議辦法第 2 條第 1 項及第 18 條第 1 項第 6 款。</p> <p>(二)行為時全民健康保險法第 30 條第 1 項(100 年 1 月 26 日修正移列為第 35 條第 1 項第 1 款，自 101 年 7 月 1 日施行)。</p> <p>二、關於 100 年 9 月至 12 月、101 年 9 月至 12 月保險費計 17 萬 1,438 元及 100 年 9 月保險費滯納金計 2,257 元部分</p> <p>此部分保險費及滯納金，業經改制前行政院衛生署中央健康保險局(於 102 年 7 月 23 日改制為健保署)及健保署分別於 101 年 10 月 5 日、102 年 11 月 4 日及 103 年 2 月 27 日按申請人○○工程行登記之地址「○○縣○○鄉○○村○○街 00 號 0 樓」送達申請人○○工程行在案，有送達證書影本附卷可稽，則健保署再次開單催繳此部分保險費及滯納金，僅係觀念通知，即非首揭辦法所定之核定案件，申請人等對之申請審議，尚有未合，應不予受理。</p> <p>三、關於核收 101 年 12 月保險費滯納金 440 元部分</p>

(一) 依全民健康保險法第 35 條第 1 項第 1 款規定，投保單位未依本法所定繳納期限繳納保險費時，得寬限 15 日；屆寬限期仍未繳納者，自寬限期屆至翌日起至完納前 1 日止，每逾 1 日加徵其應納費額百分之 0.1 滯納金，並以其應納費額之百分之 15 為上限，先予敘明。

(二) 查申請人○○工程行 101 年 12 月保險費前經健保署於 102 年 11 月 4 日送達申請人○○工程行在案，已如前述，嗣於 104 年 12 月 8 日經行政執行扣繳欠費中之 2,932 元，此經健保署補充意見書陳明在卷，並有沖銷資料明細表影本附卷可稽，則自該保險費繳款單送達之 102 年 11 月 4 日次日加計寬限期 15 日，再計算至繳納日 104 年 12 月 8 日，應計徵之滯納金已逾應納費額之 15% 上限，是以，健保署按該已繳納費額 2,932 元上限 15% 計收此部分滯納金計 440 元（計算式：2,932 元 * 15% = 440 元），經核尚無不合。

四、申請人等主張○○工程行於 101 年 12 月 28 日開始停業，○○縣政府並准予廢止商業登記，為何還要繳納龐大費用云云，所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 健保署意見書及補充意見書陳明，略以：

1. 該署於 100 年 9 月 21 日逕依財政部稅務入口網營業（稅籍）登記資料所載申請人○○工程行 96 年 3 月 16 日設立日期為健保投保單位成立日期，並依據申請人○○工程行勞保資料追溯負責人及所屬員工自合於投保條件之日起投保，又於 102 年 3 月 11 日依據財稅資料辦理申請人○○工程行自 101 年 12 月 28 日起停業，次於 103 年 2 月 27 日依據財稅資料辦理申請人○○工程行展延停業日期為 103 年 1 月 27 日，又於 104 年 1 月 5 日依據財稅資料辦理申請人○○工程行自 103 年 11 月 29 日起歇業，該單位成立日期為 96 年 3 月 16 日至 101 年 12 月 28 日止。
2. 申請人王○○於 101 年 2 月 13 日親洽該署辦理申請人○○工程行 100 年 9 月至 12 月保險費分期繳納，申請人○○工程行又於 101 年 10 月 1 日洽該署辦理游○○等 5 位（誤植為 6 位）員工追溯轉出，對雇主及所屬員工 101 年 10 月 1 日前之加保紀錄已核對且無異議。
3. 申請人○○工程行於 101 年 12 月 28 日已辦理停業，當月（101

年 12 月) 計費 1 萬 9,600 元，查已沖退負責人張○○當月保費 2,215 元；並比對勞保追溯員工張○○101 年 8 月 1 日至 101 年 12 月 20 日保費 4,984 元及申請人王○○100 年 12 月 14 日至 101 年 1 月 9 日、101 年 3 月 29 日至 101 年 12 月 20 日保費 1 萬 2,401 元，另第三人○○企業社（張○○目前投保單位）於 104 年 11 月 25 日已扣繳負責人張○○薪資 2,932 元，故 101 年 12 月保費尚欠 1 萬 4,453 元 (19,600 元 -2,215 元 -2,932 元 =14,453 元)。

4. 申請人○○工程行 101 年 12 月 28 日停業前，加保之被保險人均已轉出，無人在保，系爭繳款單之計費年月範圍雖記載為 100 年 9 月至 12 月、101 年 9 月至 12 月，惟實際計收催繳費用範圍僅係申請人○○工程行 100 年 9 月至 101 年 11 月期間之保險費欠費及因保險費欠費所衍生之滯納金(如計費年月 101 年 12 月係計收申請人○○工程行應繳納員工張○○101 年 8 月至 101 年 11 月保險費、申請人王○○100 年 12 月及 101 年 3 月至 11 月保險費)，並無計收申請人○○工程行 101 年 12 月停業當月及停業以後之保險費情形。

(二) 依行為時全民健康保險法第 16 條及第 29 條規定，投保單位應於保險對象合於投保條件之日起 3 日內，向保險人辦理投保，並按月扣、收加保之被保險人應自付之保險費，連同投保單位應負擔之保險費於次月底前彙繳保險人；違反者，依同法第 69 條第 1 項規定，除追繳保險費外，並按應繳納之保險費，處以 2 倍之罰鍰。本件申請人○○工程行固於 101 年 12 月 28 日停業，惟在停業前，依前開規定申請人○○工程行應按月繳納其投保單位及加保於該單位被保險人（含申請人王○○）之保險費，並不因申請人○○工程行停業而消滅，且系爭保險費繳款單顯示之計費年月雖含 101 年 12 月，然所計收之保險費及滯納金實係申請人○○工程行停業前之保險費欠費及衍生之滯納金，非 101 年 12 月停業當月及其後新增之費用，復經健保署補充意見書陳明在卷，已如前述，所稱核有誤解。

五、綜上，關於計收申請人○○工程行 100 年 9 月至 12 月、101 年 9 月至 12 月保險費計 17 萬 1,438 元及 100 年 9 月保險費滯納金計 2,257 元部分，申請審議不予受理；其餘關於核收申請人○○工程行 101 年 12 月保險費滯納金 440 元部分，健保署係依法計收，並無不合，

此部分原核定應予維持。至申請人等 2 人檢附法務部行政執行署○○分署 104 年 11 月 3 日○執○104 年度○執字第 00 號執行命令影本，併案請求撤銷執行命令及免繳納所載款項金額 41 萬 8,470 元部分，業經健保署補充意見書陳明，略以該執行命令所載金額 41 萬 8,470 元，該署移送金額為 19 萬 7,688 元，其餘為勞保及勞退費用等語，況該執行事件係健保署將申請人○○工程行欠繳之保險費及滯納金移送法務部行政執行署○○分署所為之行政執行事件，並非健保署所為之核定案件，尚非本件所得審究，申請人等 2 人如認行政執行機關所為審查認定有侵害其等利益之情事者，得另案循行政執行相關法定程序聲明異議，併予敘明。

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 6 款暨第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

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 2 條第 1 項

「保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對於保險人核定下列全民健康保險權益案件有爭議時，得依本辦法規定申請權益案件之審議：
一、關於保險對象之資格及投保手續事項。二、關於被保險人投保金額事項。
三、關於保險費、滯納金及罰鍰事項。四、關於保險給付事項。五、其他關於保險權益事項。」

二、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 6 款

「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：六、爭議之內容非第二條所定事項。」

三、行為時全民健康保險法第 30 條第 1 項

「投保單位或被保險人未依前條規定期限繳納保險費者，得寬限十五日；屆寬限期仍未繳納者，自寬限期滿之翌日起至完納前一日止，每逾一日加徵其應納費額百分之零點一滯納金；加徵之滯納金額，以至應納費額之百分之十五為限。但一定金額以下之小額滯納金得予以免徵，其數額由主管機關定之。」

四、全民健康保險法第 35 條第 1 項第 1 款

「投保單位、保險對象或扣費義務人未依本法所定繳納期限繳納保險費時，得寬限十五日；屆寬限期仍未繳納者，自寬限期限屆至翌日起至完納前一日

止，每逾一日加徵其應納費額百分之零點一滯納金，其上限如下：一、於投保單位、扣費義務人為其應納費額之百分之十五。」

案情摘要

被保險人申請退還 93 年 9 月至 97 年 3 月誤保期間繳納之保險費，因係於 102 年 5 月 23 日(含該日)以前發生，其請求權於 102 年 5 月 23 日(含該日)以前已屆滿 5 年，無修正後行政程序法第 131 條第 1 項所訂 10 年請求權時效之適用，健保署未准退還，於法有據。

請求事項	退還溢繳保費。
審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、案件緣由及健保署核定文件要旨</p> <p>(一) 104 年 2 月 26 日健保○字第 0000000000 號函部分</p> <p>申請人於 104 年 2 月 13 日就其投保資格及繳納保險費之疑義向健保署申訴，主張其於 93 年 9 月 23 日被羈押，執行至 104 年 2 月 4 日，溢繳之保險費可否先行退還云云，經該署函復申請人，略以其原投保於○○縣○○地區農會，入監服刑時未辦理退保手續，經該署逕予辦理 97 年 5 月 1 日退保在案，其要求退還 93 年 9 月 23 日至 97 年 5 月 1 日誤保期間之保險費，經查 93 年 9 月至 97 年 3 月份期間已繳納保險費之請求權已消滅，不予退還；另 97 年 4 月份溢繳之保險費新臺幣 287 元，適用 102 年 5 月 22 日修正後行政程序法第 131 條第 1 項之規定，該署將於 104 年 4 月底前另開支票退還等語。</p> <p>(二) 104 年 3 月 16 日健保○字第 0000000000 號函部分</p> <p>申請人不服前開函，復以健保署未依法規寄函通知辦理退保，其 93 年 9 月至 97 年 5 月間均未使用健保看診云云，於 104 年 3 月 12 日向健保署申復後，健保署仍以其請求退還 93 年 9 月至 97 年 3 月入監服刑期間所繳納之保險費，已逾法定 5 年追訴期期限，歉難同意辦理等語核復申請人。</p> <p>二、申請人檢附前開函 2 紙，一併向本部申請審議。</p>
理由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 行為時全民健康保險法第 11 條第 1 款、第 16 條、第 29 條第 1 項第 2 款及其施行細則第 34 條之 1。</p> <p>(二) 行為時行政程序法第 131 條第 1 項。</p> <p>(三) 改制前行政院衛生署（102 年 7 月 23 日改制為衛生福利部）86 年 1 月 20 日衛署健保字第 86007050 號函。</p>

二、按 90 年 1 月 1 日施行之行政程序法第 131 條第 1 項規定：「公法上之請求權，除法律有特別規定外，因五年間不行使而消滅。」，嗣於 102 年 5 月 22 日公布修正為：「公法上之請求權，於請求權人為行政機關時，除法律另有規定外，因五年間不行使而消滅；於請求權人為人民時，除法律另有規定外，因十年間不行使而消滅。」，又按法務部 102 年 8 月 2 日法律字第 10200134250 號函釋示：「人民對行政機關之公法上請求權，於 102 年 5 月 23 日（含該日）以前發生，且其時效並於 102 年 5 月 23 日（含該日）以前已完成者，因新法未有溯及適用之明文，基於法律不溯既往原則，其已消滅之公法上請求權不受影響。」，是公法上請求權時效，如已於 102 年 5 月 23 日以前完成者，即無新法 10 年請求權時效之適用，合先敘明。

三、本件爭點在於申請人申請退還系爭 93 年 9 月至 97 年 3 月誤保期間所繳納之保險費，其請求權時效是否已於 102 年 5 月 23 日以前完成？健保署不予退還系爭保險費，是否有理？

四、依卷附保險對象投保歷史、○○地區農會保險部出具之保險費繳費證明書、○○縣○○地區農會繳款明細、申請人戶籍資料及在監執行證明書影本等相關資料暨健保署意見書、補充意見書顯示，本件申請人加退保及繳納保險費之情形如下：

（一）加退保情形：

申請人自 89 年 10 月 21 日起以第 3 類被保險人身分加保於○○縣○○地區農會，因案於 93 年 9 月 24 日被羈押後，接續於 94 年 1 月 17 日起入監服刑，依前開行為時全民健康保險法第 11 條第 1 款規定及改制前行政院衛生署 86 年 1 月 20 日衛署健保字第 86007050 號函釋，申請人應自羈押日 93 年 9 月 24 日起即非本保險保險對象，應予退保，惟其投保單位○○縣○○地區農會未依規定辦理申請人退保手續，迄至 97 年 5 月間始由改制前中央健康保險局（以下簡稱改制前健保局，於 102 年 7 月 23 日改制為健保署）依規定逕辦申請人追溯退保。

（二）繳納保險費情形：

有關系爭保險費之繳納，係由申請人之父陳○○在○○縣○○地區農會之帳戶 1 次預先扣取申請人 6 個月份之保險費後，再按各該保險費計費月份逐月彙繳予改制前健保局，系爭 93 年 9 月至 97 年 3 月保險費，該農會已於 96 年 11 月 20 日前扣取，並於 97

年 5 月 14 日前彙繳予改制前健保局。

五、承上，申請人系爭 93 年 9 月至 97 年 3 月不具加保資格期間而誤保所繳納之保險費，業經改制前健保局於 97 年 5 月 14 日前收訖，申請人迄於 7 年後之 104 年 2 月 13 日始以書面申訴請求退還，惟鑑於系爭返還保險費請求權於 102 年 5 月 23 日以前即已發生，且時效已過 5 年，依前揭說明，仍應適用修正前行政程序法第 131 條第 1 項所訂 5 年請求權時效之規定，從而健保署以系爭保險費皆已逾 5 年請求權時效，未准退還，自屬有據。

六、申請人主張其於 93 年 9 月已入監服刑，符合退保規定，投保單位即應於 3 日內填具保險對象退保申報表，送交保險人辦理退保手續，健保署應通知退保而未通知已屬失職，且當年就應逕予辦理退保手續，卻拖至 97 年 5 月 1 日才逕予退保，且未通知其本人，現已逾法定 5 年追訴期期限不予退還，是該署失職在先致其無法行使請求權，且該署應知其正在服刑，多有不便之處云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 查全民健康保險係屬強制性之社會保險，其保險之條件、效果係由法律明定，一體實施，二代健保實施（102 年 1 月 1 日）前之全民健康保險法第 11 條第 1 款前段規定：「有下列情形之一者，非屬本保險保險對象，已參加者，應予退保：一、在監、所接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者。」，當時申請人有在監、所接受刑之執行，非屬全民健康保險保險對象，已參加者，應予退保之情形，投保單位即應於第一時間辦理退保，迄至改制前健保局於 97 年 5 月始從法務部提供之資料得知申請人入監服刑，乃逕辦申請人退保作業，目的係基於維護投保資料之正確性與安定性所為，尚難以此執為本案之論據。

(二) 按時效制度之目的，在於尊重既存之事實狀態，及維持法律秩序之安定性，上開 5 年時效，係行為時行政程序法第 131 條第 1 項所明定，如請求權人長期不行使其權利，其請求權即因時效完成而消滅，健保署通知退保與否，並無礙於本案請求權時效消滅之結果。

七、綜上，健保署未准退還系爭申請人 93 年 9 月至 97 年 3 月之保險費，並無不合，原核定均應予維持。

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。

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、行為時行政程序法第 131 條第 1 項

「公法上之請求權，除法律有特別規定外，因五年間不行使而消滅。」

二、行政程序法第 131 條第 1 項

「公法上之請求權，於請求權人為行政機關時，除法律另有規定外，因五年間不行使而消滅；於請求權人為人民時，除法律另有規定外，因十年間不行使而消滅。」

三、行為時全民健康保險法第 11 條第 1 款

「有下列情形之一者，非屬本保險保險對象，已參加者，應予退保：一、在監、所接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者。但其應執行之期間，在二個月以下或接受保護管束處分之執行者，不在此限。」

四、行為時全民健康保險法第 16 條

「投保單位應於保險對象合於投保條件之日起三日內，向保險人辦理投保；並於退保原因發生之日起三日內，向保險人辦理退保。」

五、行為時全民健康保險法第 29 條第 1 項第 2 款

「本保險保險費依下列規定，按月繳納：二、第二類、第三類及第六類被保險人應自付之保險費，按月向其投保單位繳納，投保單位應於次月底前，負責彙繳保險人。」

六、行為時全民健康保險法施行細則第 34 條之 1

「保險對象有依本法第十一條規定應予退保情形而投保單位未依前條規定辦理退保手續時，保險人得逕依相關主管機關提供之資料，為其辦理退保手續並通知投保單位及保險對象。但通知顯有困難者，不在此限。」

七、改制前行政院衛生署 86 年 1 月 20 日衛署健保字第 86007050 號函

「有關保險對象因案羈押而直接移送監所執行，而依全民健康保險法第十一條第二款（即行為時全民健保法第 11 條第 1 款）所定原因退保者，同意其退保日期溯自羈押日生效。至於受羈押逾二個月以上之保險對象，不得比照全民健康保險法第十一條第二款規定辦理退保。」

案情摘要

投保單位就應按月繳納之保險費，負有通知健保署補寄送繳款單及約定轉帳扣繳保險費之帳戶存款足數扣繳之義務，未履行其義務致遲延繳納保險費，即應加徵滯納金。

請求事項	申訴滯納金。
審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	繳款單內容 核收申請人104年12月保險費滯納金新臺幣(下同)466元。
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一)全民健康保險法第30條第1項第1款及第35條第1項第1款。</p> <p>(二)全民健康保險法施行細則第49條第1項及第2項。</p> <p>二、按投保單位應按月繳納之保險費，須於次月底前向保險人繳納，其未依所定繳納期限繳納保險費時，得寬限15日；屆寬限期仍未繳納者，自寬限期屆至翌日起至完納前1日止，每逾1日加徵其應納費額百分之零點一滯納金，並以其應納費額之百分之十五為限，全民健康保險法第30條第1項第1款及第35條第1項第1款定有明文。又應按月繳納之保險費，由保險人繕具保險費計算表及繳款單，於次月底前寄發或以電子資料傳輸方式遞送投保單位繳納，投保單位於次月底仍未收到時，應於15日內通知保險人補寄送，並依保險人補寄送之表單，限期繳納；其怠為通知者，視為已於次月底寄達，復為全民健康保險法施行細則第49條第1項及第2項所明定。是以，投保單位應按月繳納之保險費，倘投保單位於次月底仍未收到健保署寄發或以電子資料傳輸方式遞送之保險費計算表及繳款單，而未於15日內履行通知保險人補寄送該等表單之義務，視為保險人於次月底已將保險費計算表及繳款單寄達，投保單位並應於寬限15日內繳納保險費，屆寬限期仍未繳納者，即按日加徵滯納金，審諸其意甚明，合先敘明。</p> <p>三、本件經審查卷附健保署發送之全民健康保險健保費轉帳扣繳通知電子郵件、電子郵件通知管理系統、轉帳狀況查詢作業電腦畫面等相關資料影本及健保署意見書記載，認為：</p> <p>(一)申請人104年12月計應繳納保險費3萬1,041元，健保署於105年2月3日以電子郵件通知申請人將自申請人約定之銀行帳戶進</p>

行轉帳扣款繳納，請申請人務必於 105 年 2 月 15 日前於帳戶留存足夠存款，俾利順利扣款，以免因扣款不成功計徵滯納金在案。

(二)嗣申請人委託代扣繳之金融機構於 105 年 2 月 15 日於約定之帳戶扣繳申請人 104 年 12 月保險費 3 萬 1,041 元，因帳戶存款額度不足，致轉帳扣款不成功，於通報健保署後，經健保署另行於 105 年 2 月 22 日列印核發 104 年 12 月保險費繳款單郵寄申請人，申請人於 105 年 3 月 2 日始持單繳訖該 104 年 12 月保險費 3 萬 1,041 元。

(三)承上，申請人 104 年 12 月保險費 3 萬 1,041 元，依規定須於 105 年 1 月底前繳納，縱加計寬限期限 15 日，至遲亦應於 105 年 2 月 15 日繳納完竣，惟申請人迄於 105 年 3 月 2 日始繳訖，是健保署以寬限期之翌日 105 年 2 月 16 日為滯納金起算日，據以核計遲延繳納日數至 105 年 3 月 1 日，並開單核收申請人保險費滯納金 466 元($31,041 \text{ 元} * 15 \text{ 天} * 0.1\% = 466 \text{ 元}$)，核屬有據。

四、申請人雖主張其公司使用銀行扣款轉帳，以前 1 個月扣兩次，改成 1 月扣 1 次都沒通知，如果每個月 15 日扣而沒扣到應該要在繳款期限前寄繳款單，104 年 12 月保險費繳款單之繳款期限 105 年 1 月 31 日到期，為什麼到 105 年 2 月 26 日才寄繳款單，其公司 105 年 3 月 2 日才收到，當天馬上繳款，為什麼還收滯納金，健保署寄送繳款單的流程有問題云云，業經健保署意見書陳明如下，所稱核難執為本案之論據：

(一)申請人與受託銀行所簽訂之「委託轉帳代繳全民健康保險費約定書」約定事項第 3 點約定：「貴行（局、庫、社、會）代繳義務，以立約人轉帳代繳帳戶餘額足敷委託代繳之保險費為限。貴行（局、庫、社、會）應於次月十五日轉帳（如遇假日為其次一營業日），倘存款不足，則由繳款人自行持保險費繳款單至指定之金融機構繳納。如繳款人因此而須負擔滯納金，概由立約人負責。」。

(二)該署對約定轉帳代扣之單位自 104 年 8 月保險費起於代扣日前執行發送電子郵件通知作業，查申請人 104 年 12 月保險費代扣前之 105 年 2 月 3 日，該署已發送在案。

(三)該署為簡便投保單位申報各項健保作業而設立多憑證網路加退保作業系統供單位申請使用，查申請人於該系統申請電子繳款單

作業，即可於每月繳款單開出時可先行下載以瞭解計費金額，且於該畫面可下載繳款注意事項以瞭解繳納規定。該署以各種方式宣導、提醒有關受託扣款銀行代扣由二次代扣改為一次代扣及扣款不足後寄發繳款單之流程及產生滯納金之規定並無違誤，且申請人係長期約定轉帳代扣健保費之單位，應熟知約定代扣款之相關規定與主動注意該署發布異動訊息之義務。

(四)查申請人自 103 年 7 月保險費起至 104 年 11 月保險費止，均依約定完成轉帳扣繳，且自 104 年 1 月至 11 月均有自多憑證網路加退保作業系統下載繳款單開單資料。

五、綜上，健保署開單計收申請人系爭 104 年 12 月保險費滯納金，並無不合，原核定應予維持。至申請人申請審議理由一併主張 105 年 1 月保險費繳款單之繳款期限為 105 年 2 月 29 日，但健保署 105 年 3 月 29 日才寄，4 月底又會再收到 1 張滯納金欠費單部分，因非本件原核定範圍，尚非本件所得審究，且申請人宜依「委託轉帳代繳全民健康保險費約定書」約定事項辦理，不因轉帳代繳帳戶存款不足而免除遲延繳納保險費所衍生負擔滯納金之義務，併予敘明。

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。

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 30 條第 1 項第 1 款

「第十八條及第二十三條規定之保險費，依下列規定，按月繳納：一、第一類被保險人應自付之保險費，由投保單位負責扣、收繳，並須於次月底前，連同投保單位應負擔部分，一併向保險人繳納。」

二、全民健康保險法第 35 條第 1 項第 1 款

「投保單位、保險對象或扣費義務人未依本法所定繳納期限繳納保險費時，得寬限十五日；屆寬限期仍未繳納者，自寬限期屆至翌日起至完納前一日止，每逾一日加徵其應納費額百分之零點一滯納金，其上限如下：一、於投保單位、扣費義務人為其應納費額之百分之十五。」

三、全民健康保險法施行細則第 49 條第 1 項及第 2 項

「依本法第三十條規定應按月繳納之保險費，由保險人繕具保險費計算表及繳

款單，於次月底前寄發或以電子資料傳輸方式遞送投保單位或被保險人繳納。」「投保單位或被保險人於次月底仍未收到前項保險費計算表及繳款單時，應於十五日內通知保險人補寄送，並依保險人補寄送之表單，限期繳納；其怠為通知者，視為已於次月底寄達。」

案情摘要

投保單位應於保險對象合於投保條件之日起 3 日內向健保署辦理投保，卻於受僱員工離職後始辦理員工及眷屬之投保手續，已違反規定應處以罰鍰。

請求事項	撤銷原罰鍰處分書。
審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	健保署 104 年 11 月 24 日健保○字第 0000000000 號罰鍰處分書要旨 查保險對象謝○○於 104 年 1 月 12 日至 5 月 6 日任職於申請人公司，惟申請人於謝○○離職後始辦理其任職期間暨 1 名眷屬（眷屬依附加保期間為 104 年 4 月 16 日至 5 月 6 日）健保投保手續，顯與全民健康保險法不符，依規定應以補繳之保險費裁處 2 倍之罰鍰計新臺幣(下同)1 萬 3,334 元。
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>全民健康保險法（以下簡稱健保法）第 10 條第 1 項第 1 款第 2 目、第 15 條第 1 項第 1 款、第 6 項、第 30 條第 1 項第 1 款、第 2 項及第 84 條第 1 項。</p> <p>二、依健保法第 15 條第 6 項及第 84 條第 1 項規定，投保單位應於保險對象合於投保條件之日起 3 日內，向健保署辦理投保；投保單位未依規定於 3 日內為所屬被保險人或其眷屬辦理投保手續者，除追繳保險費外，並按應繳納之保險費，處以 2 倍至 4 倍之罰鍰，合先敘明。</p> <p>三、本件依卷附保險對象投保歷史、謝○○問卷回函表、全民健康保險第一、二、三類保險對象補辦中斷投保專用申報表等相關資料影本顯示，謝○○於 104 年 1 月 12 日至 5 月 6 日期間受僱於申請人，為申請人所不否認，依上開規定，申請人即應於謝○○合於投保條件即 104 年 1 月 12 日到職之日起 3 日內，向健保署辦理投保，惟申請人迄至謝○○104 年 5 月 6 日離職後之 104 年 5 月 7 日始傳真「全民健康保險第 1、2、3 類保險對象補辦中斷投保專用申報表」向健保署追溯補辦謝○○104 年 1 月 12 日至 5 月 6 日任職期間及其眷屬氏○○104 年 4 月 16 日至 5 月 6 日依附謝○○加保於該公司之投保手續，申請人有未依限為其受僱人謝○○及其眷屬辦理投保手續之情事，洵堪認定，則健保署按申請人事後所申報謝○○之投保金額 2 萬 5,200 元，核算謝○○於申請人公司投保期間即 104 年 1 月至 4</p>

月謝○○應自付其本人與其眷屬 1 人各月之保險費計 1,855 元(371 元+371 元+371 元+742 元=1,855 元)，以及投保單位即申請人各月應負擔之保險費計 4,812 元 (1,203 元*4 個月=4,812 元)，認列應追繳之保險費金額為 6,667 元 (1,855 元+4,812 元=6,667 元)，並據以裁處 2 倍罰鍰計 1 萬 3,334 元 (6,667 元×2=13,334 元)，核無不合。

四、申請人雖主張其公司為新設立之公司，在設立投保單位時得知，如果僱用員工未滿 5 人就不是強制投保單位，當時以為勞健保都是如此，因不論設立投保單位、投保、退保等作業，勞健保都是綁在一起的，直到健保署通知未滿 5 人公司也須投保健保後才立即更正並補繳健保費，由於健保署事先未對新設立公司宣導相關規定，其公司在未了解健保規定情況下，不小心違反規定，且情節輕微，應以宣導、勸導為先較為適當，請撤銷原罰鍰處分云云，惟所稱核難執為本案免罰之論據，分述如下：

(一) 健保署意見書陳明，略以：

1. 本案係謝○○因配偶回臺且懷孕，告知申請人需為謝○○及其眷屬投保，惟謝○○仍收到該署轉出 2 個月以上未加保輔導納保通知書，遂向該署提出申訴，為維護保險對象權益，該署電洽申請人，據該電訪結果，申請人坦承其與謝○○兩造之間確屬存有聘僱關係，並傳真補辦中斷投保專用申報表補辦謝○○任職期間暨 1 名眷屬健保投保。
2. 法律乃經由一套制度來落實，主要係透過社會組織來施與其強制性力量，以規範人之行為，如在人之行為應為之而不為之時，賦予行政機關裁處罰鍰，其目的係維持整體社會秩序，達成國家行政之目的。故人們於社會上從事某項行為前本應具有一定法學常識，以維護行為人與他人之權利義務，此乃一個公民應盡之義務，反之，人民不盡義務時，就需承擔一定之法律效果。本案申訴人謝○○於 104 年 1 月 12 日即受僱於申請人，惟申請人遲至謝○○ 104 年 5 月 6 日離職後始補辦其任職期間暨 1 名眷屬健保投保，未依規定於保險對象合於投保條件之日起 3 日內向保險人辦理投保，爰依規定裁處罰鍰。

(二) 查申請人公司於 102 年 12 月 16 日核准設立後，於 103 年 3 月 28 日即向健保署申辦成立投保單位及負責人李○○以雇主身分加

保於該公司，103 年 4 月 1 日並已有申報受僱者到職投保之紀錄，此有公司及分公司基本資料查詢、全民健康保險第 1、2、3 類保險對象投保申報表、單位加保審核作業、查詢補印繳款單暨各類明細表等電腦查詢畫面影本附卷可稽，足見申請人自 103 年 4 月 1 日起即知悉應為所屬受僱者之被保險人辦理投保手續，且查全民健康保險與勞工保險所定之投保資格條件，分屬不同之法律關係，尚無法比附援引，況全民健康保險法亦無受僱員工未滿 5 人之公司無需成立投保單位及投保健保之相關規定，是申請人再執其公司為新設立公司，誤認僱用員工未滿 5 人不是強制投保單位，不論設立、投保、退保等作業，勞健保都是綁在一起的等詞冀邀免責，顯不足採。

五、綜上，健保署處以申請人 2 倍罰鍰計 1 萬 3,334 元，並無不合，原核定應予維持。

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。

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 10 條第 1 項第 1 款第 2 目

「被保險人區分為下列六類：一、第一類：（二）公、民營事業、機構之受僱者。」

二、全民健康保險法第 15 條第 1 項第 1 款及第 6 項

「各類被保險人之投保單位如下：一、第一類及第二類被保險人，以其服務機關、學校、事業、機構、雇主或所屬團體為投保單位。但國防部所屬被保險人之投保單位，由國防部指定。」「投保單位應於保險對象合於投保條件之日起三日內，向保險人辦理投保；並於退保原因發生之日起三日內，向保險人辦理退保。」

三、全民健康保險法第 30 條第 1 項第 1 款及第 2 項

「第十八條及第二十三條規定之保險費，依下列規定，按月繳納：一、第一類被保險人應自付之保險費，由投保單位負責扣、收繳，並須於次月底前，連同投保單位應負擔部分，一併向保險人繳納。」「前項保險費，應於被保險人投保當月繳納全月保險費，退保當月免繳保險費。」

四、全民健康保險法第 84 條第 1 項

「投保單位未依第十五條規定，為所屬被保險人或其眷屬辦理投保手續者，除追繳保險費外，並按應繳納之保險費，處以二倍至四倍之罰鍰。」

案情摘要

健保署為辦理保險業務需要，函請投保單位限期提供員工出勤紀錄表（如打卡證明或簽到簿）、金融機構薪資轉帳明細表及薪資請領清冊，投保單位屆期未提供，已違反全民健康保險法定之義務，健保署處以罰鍰，核屬有據。

請求事項	撤銷罰鍰處分。
審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、健保署 104 年 11 月 2 日健保○字第 0000000000 號罰鍰處分書要旨 健保署為投保手續查核業務需要，前先後於 104 年 8 月 28 日及 9 月 21 日分別以健保○字第 0000000000 號函及第 0000000000 號函請申請人提供 104 年 5 月起所僱員工相關資料供參，惟未獲回應及處理，妨礙健保業務之執行，依法裁處新臺幣（下同）2 萬元罰鍰。</p> <p>二、申請人不服，向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法(以下簡稱本法)第 80 條第 1 項及第 90 條。</p> <p>(二) 全民健康保險保險人執行全民健康保險法罰鍰注意事項第 14 點。</p> <p>二、依前揭本法第 80 條第 1 項規定，保險人為辦理各項保險業務，得請投保單位提供所需之帳冊、簿據等文件或有關資料，投保單位不得規避、拒絕、妨礙。如有違反者，依同法第 90 條規定，處 2 萬元以上 10 萬元以下罰鍰。另依全民健康保險保險人執行全民健康保險法罰鍰注意事項第 14 點規定，投保單位違反本法第 80 條第 1 項規定，拒絕提供所需之帳冊、簿據等文件或有關資料，處 2 萬元罰鍰。則投保單位只要有前開規避、拒絕提供之情事者，即該當於該條款所定之構成要件，而應處以 2 萬元罰鍰，合先敘明。</p> <p>三、查本件健保署為辦理保險業務需要，前先後以 104 年 8 月 28 日健保○字第 0000000000 號函及 104 年 9 月 21 日健保○字第 0000000000 號函請申請人限期提供 104 年 5 月起所有員工出勤紀錄表（如打卡證明或簽到簿）、金融機構薪資轉帳明細表及薪資請領清冊，以供查核佐證，惟申請人均未提供，為申請人所不否認，則健保署依前揭規定，處以申請人罰鍰 2 萬元，核屬有據。</p> <p>四、申請人雖主張因其公司營業時間都在下午 5 點才開始，所以公文在中午投遞寄交都會無人收受，公文在郵局往返都會耽擱時間，期間有收到電話通知要補送文件，但誤記成為勞保局，故文件已準備好</p>

直接送交勞保局，但至勞保局時卻說沒有通知要補送文件，便以為是詐騙電話，故未予理會，其公司並非故意不提供文件，而是送錯單位，因是第1次疏忽犯錯，請撤銷罰鍰云云，惟經健保署意見書陳明如下，所稱核難執為本案免罰之論據：

- (一) 依全民健康保險法第10條、第11條及第15條規定略以，公、民營事業、機構之受僱者為第1類被保險人，另第1類被保險人不得為第2類、第3類、第4類及第6類被保險人，且具有被保險人資格者，並不得以眷屬身分投保；第1類被保險人應以其服務事業、機構、雇主或所屬團體為投保單位；投保單位應於保險對象合於投保條件之日起3日內，向保險人辦理投保，並於退保原因發生之日起3日內，向保險人辦理退保。而保險人為辦理各項保險業務，得請投保單位提供所需之資料或文件；投保單位不得規避、拒絕、妨礙或作虛偽之證明、報告或陳述，復為同法第80條所明定。
- (二) 該署接獲民眾申訴申請人未依法申報所屬員工健保投保，為維護保險對象權益，該署即於104年8月28日以健保○字第0000000000號函請申請人於文到次日起7日內提供所僱員工相關資料供參，因未獲置理，故該署又於104年9月21日以健保○字第0000000000號函請申請人配合辦理，惟仍未配合提供。
- (三) 另對於申請人以營業時間係於下午5點後，致郵務人員（即送達人）未獲會晤本人或未有得受領文書之同居人、受僱人或應受送達處所接收郵件人員以為送達，將該送達文書寄存於送達地之郵政機關，按行政程序法第74條第2項規定，由郵政機關為送達者，得將文書寄存於送達地之郵政機關。經查申請人分別於104年9月7日及25日至送達地郵政機關領取該署前開2份公文書正本在案，其間該署亦多次電洽申請人儘速提供該署所需資料，惟申請人仍未提供。

五、綜上，健保署裁處申請人罰鍰2萬元，並無不合，原核定應予維持。

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。

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 80 條第 1 項

「主管機關為審議保險爭議事項或保險人為辦理各項保險業務，得請保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構提供所需之帳冊、簿據、病歷、診療紀錄、醫療費用成本等文件或有關資料，或對其訪查、查詢。保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構不得規避、拒絕、妨礙或作虛偽之證明、報告或陳述。」

二、全民健康保險法第 90 條

「違反第 70 條或第 80 條第 1 項規定者，處新臺幣 2 萬元以上 10 萬元以下罰鍰。」

三、全民健康保險保險人執行全民健康保險法罰鍰注意事項第 14 點

「保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構違反本法第八十條第一項規定，於主管機關審議保險爭議事項或保險人辦理各項保險業務，拒絕提供所需之帳冊、簿據、病歷、診療紀錄、醫療費用成本等文件或有關資料，處新臺幣二萬元罰鍰；規避、妨礙對其訪查、查詢，處新臺幣五萬元罰鍰；如作虛偽之證明、報告或陳述者，處新臺幣十萬元罰鍰。」

三、保險給付事項

案情摘要

保險對象以一般身分至特約院所急診就醫，事後向健保署申請核退，惟該保險對象係可歸責於己之個人事由致未能於就醫之日起 10 日內補送保險憑證申請退費，即應自行負擔系爭急診醫療費用。

請求事項		退費。
審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	<p>一、就醫地點：○○醫院。</p> <p>二、就醫情形：以一般身分於 104 年 12 月 10 日急診，自付醫療費用新臺幣(下同)1,619 元（含診察費 909 元、醫療證明書費 100 元、藥費 55 元、掛號費 300 元、藥事服務費 50 元、放射線診療費 200 元及特殊材料費 5 元）。</p> <p>三、核定內容：</p> <ul style="list-style-type: none">(一) 申請收據金額：1,619 元。(二) 核減金額：1,319 元。(三) 部分負擔：300 元。(四) 核付金額：0 元（本件未符合全民健康保險醫療辦法第 5 條規定： 「因不可歸責於保險對象之事由，得向保險人申請核退保險醫療費用。」）。	
理由	一、按「保險對象就醫，因故未能及時繳驗健保卡或身分證件者，保險醫事服務機構應先行提供醫療服務，收取保險醫療費用，並開給符合醫療法施行細則規定之收據；保險對象於就醫之日起十日內（不含例假日）或出院前補送應繳驗之文件時，保險醫事服務機構應將所收保險醫療費用扣除保險對象應自行負擔之費用後退還。」「因不可歸責於保險對象之事由，致保險對象未能依前條規定期限內，補送應繳驗之證明文件時，得檢附保險醫事服務機構開具之保險醫療費用項目明細表及收據，依本法第五十六條規定，向保險人申請核退自墊醫療費用。」為全民健康保險醫療辦法第 4 條第 1 項及第 5 條所明定，爰此，保險對象如因可歸責保險對象事由自費就醫，應於就醫之日起 10 日內向保險醫事服務機構補送保險憑證申請退費，倘因不可歸責保險對象之事由自墊醫療費用者，始得依全民健康保險法第 56 條規定（即門、急診治療當日或出院之日起 6 個月內）	

向健保署申請核退，審諸其意甚明。

- 二、本件申請人於系爭 104 年 12 月 10 日未攜帶保險憑證，以一般身分至本保險特約之○○醫院急診就醫，於 105 年 1 月 8 日以勾填自墊費用原因為「於就醫時未能及時繳驗健保卡或身分證件，且因不可歸責於保險對象之事由，致未及於就醫日起 10 日內向保險醫事服務機構補送保險憑證申請退費」及「忙於公司業務」之全民健康保險自墊醫療費用核退申請書，向健保署申請核退系爭急診自墊之醫療費用，經健保署以未符合全民健康保險醫療辦法第 5 條規定，未准核退。
- 三、申請人雖主張其因被精神病患襲擊，導致去○○醫院檢查傷勢、身體嚴重不適及恐慌，因而未能於 10 日內補健保卡向○○醫院退費云云，惟姑不論卷附「急診收據」已記載「退費時，請務必攜帶健保 IC 卡、身份證明文件及收據」等語，且健保署意見書已陳明，略以查申請人就醫紀錄，除本案外，尚有 104 年 12 月 10 日與本案就醫同日及 104 年 12 月 19 日，均有持健保卡至其他診所就醫等語，顯見本件申請人未能依前揭規定，於就醫之日起 10 日內補送保險憑證申請退費，乃係可歸責於申請人之個人事由所導致，系爭急診醫療費用即應由申請人自行負擔。
- 四、綜上，健保署未准核退系爭急診費用，並無不合，原核定應予維持。

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。

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。

案情摘要

事前審查項目經保險醫事服務機構為申請人向健保署提出，經申復仍不予同意後，固應由保險醫事服務機構循序申請審議，惟健保署准駁與否事涉病患即申請人之權益，宜視申請人為本案之利害關係人而得申請審議。

請求事項		病情需要 Nexavar 藥品。
審 定		
主 文	申請審議駁回。	
事 實	<p>一、案件緣由及健保署 104 年 4 月 27 日受理編號 0000000000 全民健康保險高科技診療項目/特殊診療項目/藥品及特材事前審查核定函要旨</p> <p>(一) 緣○○醫院於 104 年 4 月 14 日為申請人向健保署申請使用 Nexavar FILM-COATED 藥品(申請數量 240)之事前審查，經該署審查結果，認為「影像學已有惡化之證據」，以 104 年 4 月 17 日受理編號 0000000000 全民健康保險高科技診療項目/特殊診療項目/藥品及特材事前審查核定函核定不予同意。</p> <p>(二) ○○醫院於 104 年 4 月 21 日提出申復，經健保署於 104 年 4 月 27 日核復「2015-Apr-10: Spine MRI shows disease progression. Nexavar treats cancer, not AFP」，仍不予同意。</p> <p>二、○○醫院並未就健保署上開 104 年 4 月 27 日事前審查核定函申請爭議審議，申請人乃就該函向本部申請審議。</p>	
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 40 條第 1 項。</p> <p>(二) 全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 25 條第 1 項、第 32 條第 1 項及第 33 條第 2 項。</p> <p>(三) 全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 83 條附件 6 第 9 節抗癌瘤藥物 Antineoplastics drugs 9.34. Sorafenib (如 Nexavar)：(98/10/1、100/6/1、101/8/1)附表九之七適應症給付規定。</p> <p>二、按「保險人應依本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準辦理事前審查。」、「保險醫事服務機構對醫療服務案件審查結果有異議時，得於保險人通知到達日起六十日內，列舉理由或備齊相關文件向保險人申復。」、「保險醫事服務機構對申復結果仍有異議者，得依全民健康保險爭議事項審議辦法規定，向全民</p>	

健康保險爭議審議會申請審議。」為全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 25 條第 1 項、第 32 條第 1 項及第 33 條第 2 項所明定。本件系爭 Nexavar 藥品，依前揭藥品給付規定，係屬應事前審查項目，案經○○醫院於 104 年 4 月 14 日為申請人向健保署提出系爭藥品之事前審查不予同意，經申復仍不予同意後，固應由○○醫院循序申請審議，惟健保署准駁與否事涉病患即申請人之權益，宜視申請人為本案之利害關係人而得申請審議，合先敘明。

三、綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附就醫資料顯示：

- (一) 病情或診斷：肝細胞癌轉移。
- (二) 申請人雖稱其 AFP 值由 104 年 1 月 15 日 98157.9 降至 3 月 17 日 31100.2，惟是否符合健保給付 Sorafenib(如 Nexavar) 之適應症，並非僅以 AFP (α -fetoprotein, α 胎兒蛋白) 數值判斷，且卷附病歷資料記載，申請人 104 年 1 月 31 日開始使用 Nexavar，4 月 10 日 MRI 檢查結果，脊椎骨轉移惡化，顯示 Sorafenib(如 Nexavar) 治療失敗，故申請人之病況已與健保給付該藥品之適應症範圍不符。
- (三) 綜合判斷：同意健保署意見，不予同意申請人 Nexavar 藥品之事前審查。

四、申請人主張其因惡性腫瘤在○○醫院接受完整治療，健保署同意使用蕾莎瓦膜錠後，AFP 值由 104 年 1 月 15 日之 98157.9 降至 104 年 3 月 17 日之 31100.2，為必須使用該藥之數據，因不予同意其續用該藥品，其現身體多感不適云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

- (一) 全民健康保險所保障之對象雖係全民基本之醫療照顧，但囿於財源之有限性與社會資源之分配正義，對醫療保險給付之內容作適當之限制，應屬合理且有其必要，從而被保險人所使用之藥品或診療服務逾越全民健康保險醫療保險給付之內容，而非在其核定使用藥品或診療服務之適應症範圍內，自應由被保險人自行負擔該筆醫藥費用，有臺北高等行政法院 95 年度簡字第 895 號判決可資參照。
- (二) 本件業經有審核權限之機關健保署及本部委請醫療專家審查結果，均認為其病情不符合本保險給付系爭 Nexavar 藥品之規定，

	<p>已如前述，申請人所稱，核有誤解。</p> <p>五、綜上，健保署未准同意系爭 Nexavar 藥品之事前審查，並無不合，原核定應予維持。</p> <p>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。</p>
--	--

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 40 條第 1 項

「保險對象發生疾病、傷害事故或生育時，保險醫事服務機構提供保險醫療服務，應依第二項訂定之醫療辦法、第四十一條第一項、第二項訂定之醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準之規定辦理。」

二、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 25 條第 1 項

「保險人應依本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準辦理事前審查。」

三、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 32 條第 1 項

「保險醫事服務機構對醫療服務案件審查結果有異議時，得於保險人通知到達日起六十日內，列舉理由或備齊相關文件向保險人申復。」

四、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 33 條第 2 項

「保險醫事服務機構對申復結果仍有異議者，得依全民健康保險爭議事項審議辦法規定，向全民健康保險爭議審議會申請審議。」

五、全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 83 條附件 6 第 9 節抗癌瘤藥物 Antineoplastics drugs 9.34. Sorafenib (如 Nexavar)：(98/10/1、100/6/1、101/8/1)附表九之七

1. 晚期腎細胞癌部分：

(1)晚期腎細胞癌且已接受 interferon -alpha 或 interleukin-2 治療失敗，或不適合以上兩種藥物治療之病患。不適合以上兩種藥物治療之病患，須符合 cytokine 禁忌症者得直接使用 sorafenib。但須列舉出所符合之禁忌症及檢附相關證明。(100/6/1)

(2)無效後則不給付 temsirolimus 及其他酪胺酸激酶阻斷劑 (tyrosine kinase inhibitor, TKI)。

(3)需經事前審查核准後使用，每次申請之療程以 3 個月為限，送審時需檢送影像資料，每 3 個月評估一次。

2. 晚期肝細胞癌部分：(101/8/1)

(1)轉移性或無法手術切除且不適合局部治療或局部治療失敗之晚期肝細胞癌，並符合下列條件之一：

- I . 肝外轉移（遠端轉移或肝外淋巴結侵犯）的 Child-Pugh A class 患者。
- II . 大血管侵犯（腫瘤侵犯主門靜脈或侵犯左/右靜脈第一分支）的 Child-Pugh A class 患者。

(2)需經事前審查核准後使用，每次申請之療程以 2 個月為限，送審時需檢送影像資料，每 2 個月評估一次。」

案情摘要

全民健康保險之保險給付限於為維持生理、心理機能正常狀態之必要診療服務，而人工協助生殖技術業經立法者明文排除於全民健康保險給付範圍，則保險對象接受人工輔助生育技術所施行之相關人工受孕檢驗及治療，即不予以列入本保險給付範圍，醫療費用即應由保險對象自行負擔。

請求事項	請求健保給付因疾病造成之不孕症的治療費用。
審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、案件緣由及核定內容要旨</p> <p>(一)申請人於103年9月15日檢附○○醫院及○○醫院等多張醫療費用收據(就醫日期為101年4月5日至103年9月11日期間)，向健保署申請核退其接受罕見疾病Kallmann症之治療費用，並於103年12月1日傳真表示其因罕見疾病Kallmann Syndrome引起之不孕症治療，依健保署84年8月3日健保醫字第84011208號函，不孕症之檢查及治療給付原則，申請全民健康保險給付云云。</p> <p>(二)案經健保署於104年1月8日以健保○字第0000000000號函復，略以本案依○○醫院103年12月7日(103)○字第0000號函及○○醫院103年12月9日○字第0000000000號函檢送申請人病歷等相關資料影本，經專業審查結果，略以申請人罹患之罕見疾病Kallmann Syndrome(卡勒曼症候群)診斷過程的相關檢查、檢驗等，屬於健保給付範圍，但若已確定診斷，而是因需要受孕，所施行的相關人工受孕之檢查、檢驗及治療，均非屬健保給付項目，歉難同意給付等語。</p> <p>二、申請人檢附上開函，向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據：全民健康保險法第40條第1項及第51條第3款。</p> <p>二、健保署提具意見：</p> <p>本案經○○醫院103年12月7日(103)○字第0000號函復說明，申請人於101年4月份至102年6月間至該院婦產科門診就診治療不孕症，開立自費用藥，醫師皆於門診向申請人當面說明，經同意後才開立處方；又本案經○○醫院103年12月9日○字第0000000000號函復說明，申請人因性促素低下於該院泌尿外科進行人工協助生殖技術治療，依全民健康保險法第51條第3款係屬本保險不給付範圍，故依規定自付費用；申請人於該院自費接受性促素賀爾蒙注射以改善造精，並住院接受顯微睪丸探查法取精，以利</p>

試管嬰兒之進行，前述皆經主治醫師詳加解釋且事前告知，並獲自費同意在案。

三、綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附○○醫院與○○醫院之就醫相關資料影本顯示：

(一)依卷附○○醫院103年3月30日至4月1日及6月2日至4日之出院病歷摘要「病史」記載，申請人(63年次)於20歲即被診斷罹患Kallmann Syndrome(卡勒曼症候群)罕見疾病，並隨伴無精子症(Azoospermia)及男性不孕。

(二)申請人在已確診為Kallmann Syndrome之情況下，因計畫受孕而於101年4月5日至103年9月11日期間至○○醫院及○○醫院多次門診及住院，接受因不孕所施行之相關人工受孕檢查、檢驗及治療，均非屬健保給付項目。

(三)綜合判斷：同意健保署意見，系爭醫療費用應由申請人自行負擔。

四、申請人主張其因罕見疾病Kallmann Syndrome造成之不孕症，自101年4月5日至103年9月11日分別於○○醫院及○○醫院就醫，過程使用藥物HCG(human chorionic gonadotropin)與HMG(human menopausal gonadotropin)誘發精子生成，再經由睪丸取精術(Testicular Sperm Extraction, TESE)與單一精蟲顯微注射(Intracytoplasmic Sperm Injection, ICSI)受孕；其依據健保醫字第84011208號不孕症之檢查及治療給付原則，申請全民健康保險給付遭拒絕，另健保醫字第0990072950號函有關健保針對不孕症患者之就醫給付原則，人工協助生殖為增加受孕機率所做之相關檢驗、檢查及給藥(非因疾病因素所需)等皆為健保不給付範圍，因不明原因不孕，非因疾病因素之不孕症治療，原本就不屬本保險給付範圍云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一)按全民健康保險為強制性社會保險，以增進全體國民健康為目的，而提供醫療服務，其財源除被保險人負擔部分保費外，主要仍係全民稅收支應，是非為維持生理、心理機能正常狀態之必要診療服務，即不應予保險給付，基此，「保險對象發生疾病、傷害事故或生育時，保險醫事服務機構提供保險醫療服務，應依第二項訂定之醫療辦法、第四十一條第一項、第二項訂定之醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準之規定辦理。」、「下列項目不列入本保險給付範圍：三、藥癮治療、美容外科手術、非外傷治療性齒列矯正、預防性手術、人工協助生殖技術、變

性手術。」為全民健康保險法第40條第1項及第51條第3款所明定，是以，人工協助生殖技術業經立法者明文排除於全民健康保險給付之範圍。

- (二) 本件經有審核權限之機關健保署及本部委請醫療專家就卷附就醫相關資料審查結果，均認為申請人101年4月5日至103年9月11日期間於○○醫院及○○醫院因人工受孕所進行之檢查、檢驗及治療，均不列入本保險給付範圍，已如前述，系爭醫療費用即應由申請人自行負擔。
- (三) 況卷附申請人102年7月31日、8月15日、9月12日、11月7日、12月26日、103年1月23日、2月13日、3月6日、27日、30日、4月10日、6月2日、12日、7月10日及9月11日多次於○○醫院簽名確認之「全民健保病患自付費用同意書」影本復載明「本人（病患或家屬）經醫師解釋已確實了解，下列項目（註：包括HCG、Menopur powder、治療性顯微睪丸探查、Microscopic Surgery等）係健保不給付之項目，由於醫療需要，本人同意自付費用。」等語，足見申請人對於當時須自費使用藥品及治療，應有充分認知，則申請人事後再有爭執，即難謂為有理由。

五、綜上，健保署不予同意給付系爭醫療費用，並無不合，原核定應予維持。

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。

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40條第1項

「保險對象發生疾病、傷害事故或生育時，保險醫事服務機構提供保險醫療服務，應依第二項訂定之醫療辦法、第四十一條第一項、第二項訂定之醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準之規定辦理。」

二、全民健康保險法第51條第3款

「下列項目不列入本保險給付範圍：三、藥癮治療、美容外科手術、非外傷治療性齒列矯正、預防性手術、人工協助生殖技術、變性手術。」

案情摘要

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，本件健保署經審核申請人住院期間之檢驗報告等資料，認定申請人病症符合重大傷病，核發重大傷病證明，依規定確定診斷檢驗之當次住院即免自行負擔費用，詎申請人申請核退前開住院負擔部分費用時，健保署卻又認定申請人非屬重大傷病，二者認定前後不一，則本件申請人所患病症究否符合重大傷病範圍，即有未明，此攸關原核定未准核退系爭住院部分負擔之適法性，亟待釐清。

請求事項	核退部分負擔費用。
審 定	
主 文	原核定撤銷，由原核定機關查明後另為適法之核定。
事 實	<p>一、就醫地點：○○醫院。</p> <p>二、就醫情形：105年1月27日至30日住院。</p> <p>三、醫療費用：住院部分負擔計新臺幣（下同）3,079元。</p> <p>四、核定內容：與重大傷病證明相關規定不符，專審不給付。</p>
理 由	<p>一、法令依據：</p> <p>(一) 全民健康保險法第48條第1項第1款及第2項。</p> <p>(二) 全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第2條之附表一全民健康保險重大傷病項目第1項（三）及第6條第2項。</p> <p>二、按「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。」、「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。」為全民健康保險法第48條第1項第1款及全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第6條第2項所明定，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，但如係因重大傷病住院，而於住院期間取得重大傷病證明或以住院期間之檢驗報告取得重大傷病證明者，則當次住院及出院後之相關門診亦得免除自行負擔費用，審諸其意甚明。</p> <p>三、本件申請人105年1月27日至30日住院，自付住院部分負擔3,079元，健保署意見書固陳明，略以申請人105年1月27日至30日於</p>

○○醫院住院就醫，係在重大傷病證明生效日 105 年 2 月 17 日（女性右側乳房未明示部位惡性腫瘤）之前，經洽醫院提供出院病歷摘要後，分別於 105 年 4 月 15 日、5 月 16 日及 7 月 12 日送審，並經該署專業審查，均認為原位癌非屬重大傷病，核與全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法附表 1「乳房未明示部位惡性腫瘤」之規定不符，核定不予給付等語。

四、惟本件申請人所患病症究否符合重大傷病範圍？有待查明釐清：

(一) 本件申請人於 105 年 2 月 16 日申請核發重大傷病證明，所檢附之資料如下，先予敘明：

1. 全民健康保險重大傷病證明申請書。
2. ○○醫院 105 年 2 月 15 日開立之乙種診斷書（醫囑記載申請人因右側乳房惡性腫瘤於 105 年 1 月 27 日住院，1 月 28 日施行右側腫瘤切除術等）。
3. ○○病理中心 105 年 2 月 3 日之病理組織檢查報告（手術日期為 105 年 1 月 28 日）。

(二) 依前開卷附資料顯示，健保署經審核上開 105 年 1 月 27 日至 30 日住院期間之檢驗報告等資料，認定申請人病症符合重大傷病，乃於 105 年 2 月 17 日核發診斷病名為「女性右側乳房未明示部位惡性腫瘤」之重大傷病證明，有效起迄日為 105 年 2 月 17 日至 110 年 2 月 16 日，則依上開全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 6 條第 2 項規定，確定診斷檢驗之當次住院即系爭 105 年 1 月 27 日至 30 日住院即免自行負擔費用。

(三) 詎申請人於 105 年 3 月 22 日申請核退前開住院負擔部分費用時，健保署卻又認定申請人為原位癌非屬重大傷病，二者認定前後不一，則本件申請人所患病症究否符合重大傷病範圍，即有未明，此攸關原核定未准核退系爭住院部分負擔之適法性，亟待釐清。

五、綜上，爰將原核定撤銷，由原核定機關查明後另為適法之核定。

據上論結，本件申請為有理由，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 2 項規定，審定如主文。

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之辦法，由主管機關定之。」

二、全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第6條第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。」

三、全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第2條之附表一全民健康保險重大傷病項目第一項（三）

「一、需積極或長期治療之癌症。（三）乳房惡性腫瘤第一期。」

案情摘要

申請人免自行部分負擔費用之範圍，限於該重大傷病證明有效期限內就醫，並符合重大傷病證明所載病名之傷病或該傷病相關之治療。

請求事項	核退自墊之醫療費用。																					
審定																						
主文	申請審議駁回。																					
事實	<p>一、就醫地點：○○醫院。</p> <p>二、就醫情形及醫療費用：</p> <table border="1"><thead><tr><th rowspan="2">就醫情形</th><th colspan="3">醫療費用</th></tr><tr><th>部分負擔</th><th>其他</th><th>小計</th></tr></thead><tbody><tr><td>104年5月25日急診</td><td>0元</td><td>300元 (掛號費)</td><td>300元</td></tr><tr><td>104年5月25日至26日住院</td><td>2,131元</td><td>250元 (證書費100元及藥費150元)</td><td>2,381元</td></tr><tr><td>104年5月29日門診</td><td>180元</td><td>150元 (掛號費)</td><td>330元</td></tr></tbody></table>			就醫情形	醫療費用			部分負擔	其他	小計	104年5月25日急診	0元	300元 (掛號費)	300元	104年5月25日至26日住院	2,131元	250元 (證書費100元及藥費150元)	2,381元	104年5月29日門診	180元	150元 (掛號費)	330元
就醫情形	醫療費用																					
	部分負擔	其他	小計																			
104年5月25日急診	0元	300元 (掛號費)	300元																			
104年5月25日至26日住院	2,131元	250元 (證書費100元及藥費150元)	2,381元																			
104年5月29日門診	180元	150元 (掛號費)	330元																			
<p>三、核定內容：</p> <p>(一) 受理號碼 0000000000 核退核定通知書</p> <p>104年5月25日至26日住院部分：未符合重大傷病相關疾病免部分負擔規定。</p> <p>(二) 受理號碼 0000000000 核退核定通知書</p> <p>1. 104年5月25日急診部分：醫院未收部分負擔。</p> <p>2. 104年5月29日門診部分：未符合重大傷病相關疾病免部分負擔規定。</p> <p>四、申請人檢附上開核退核定通知書2紙，一併向本部申請審議。</p>																						
理由	<p>一、法令依據</p> <p>(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。</p> <p>(二) 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。</p> <p>二、關於104年5月25日至26日住院及104年5月29日門診部分負擔費用計2,311元(2,131元+180元=2,311元)部分</p>																					

(一) 按「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，或經診治醫師認定與該傷病相關之治療。」，為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 款所明定，故保險對象於重大傷病證明有效期限內就醫，並符合重大傷病證明所載病名之傷病或該傷病相關之治療，該次就醫之部分負擔費用免自行負擔，審諸其意甚明。本件申請人領有「第 3 至第 5 節腰椎狹窄術後併雙下肢癱瘓（重度）」(ICD-9-CM : 952) 之重大傷病證明(有效起迄日為 103 年 6 月 26 日至永久有效)，則申請人免自行部分負擔費用之範圍，限於該重大傷病證明有效期限內就醫，並符合重大傷病證明所載病名之傷病或該傷病相關之治療，合先敘明。

(二) 健保署提具意見

為維護申請人權益，該署依申請人所附相關資料送經專業審查，認為申請人痔瘡為急、慢性病變之一，非重大傷病，由所述之理由無法證明為腰椎狹窄手術之併發症，同意原核定，仍不予以核退。

(三) 綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附○○醫院診斷證明書、住院收據、門診收據、住院醫療費用清單、清單醫令查詢資料（門診申報）顯示：

1. 申請人因痔瘡於 104 年 5 月 25 日至 26 日住院接受痔瘡切除手術，復於 104 年 5 月 29 日門診追蹤，惟痔瘡與申請人持有重大證明所載之病名「第 3 至第 5 節腰椎狹窄術後併雙下肢癱瘓（重度）」並無關聯，系爭住院及門診均尚難認定為該重大傷病相關之治療。
2. 綜合判斷：同意健保署意見，不予以核退 104 年 5 月 25 日至 26 日住院及 104 年 5 月 29 日門診部分負擔費用。

三、關於其餘費用計 700 元部分

依卷附收據影本及健保署補充意見書記載，此部分包含掛號費 450 元、證書費 100 元及非健保給付項目之灌腸用藥 (Fleet enema) 150 元，健保署未准核退，亦無不合。

四、綜上，健保署未准核退申請人系爭醫療費用，並無不合，原核定均應予維持。

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。

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 欄

「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 6 條第 1 項第 1 款

「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。」

案情摘要

保險對象因糖尿病於境外就醫，經專審結果，認為該病症屬慢性疾病，且卷附就醫資料並無情況緊急之相關描述，不足以佐證申請人各該次門診當時有緊急就醫之必要，均尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

請求事項		核退大陸地區就醫自墊之醫療費用。
審 定		
主 文	申請審議駁回。	
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：糖尿病。</p> <p>三、就醫情形：101年12月8日至103年3月22日期間計15次門診。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣計1萬7,502元。</p> <p>五、核定內容：申請人申請核退101年12月8日至103年3月22日期間計15次門診自墊之醫療費用，依所附資料顯示，無任何糖尿病急症情形，無不可預期的緊急情形，屬慢性病看門診取藥，不予核退。</p>	
理 由	<p>一、法令依據：</p> <p>(一)全民健康保險法第55條第2款。</p> <p>(二)全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第2條。</p> <p>二、健保署意見：</p> <p>該署再次專業審查，認為申請人糖尿病例行門診就醫，就所附資料顯示無糖尿病急症情形，另處方飲片中藥，不在健保給付範圍，故不予給付。</p> <p>三、本部委請醫療專家審查意見及卷附「門(急)診通用病歷」、「檢驗報告單」、「檢測報告單」、「生化檢驗單」、發票聯等相關資料顯示：</p> <p>(一)病情或診斷：糖尿病。</p> <p>(二)申請人因糖尿病於101年12月8日至103年3月22日期間計15次門診就醫，該病症屬慢性疾病，姑不論申請人出國前應備好慢性病藥物再出國，且卷附就醫資料並無情況緊急之相關描述，不足以佐證申請人各該次門診當時有緊急就醫之必要，均尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。</p> <p>(三)綜合判斷：同意健保署意見，不予核退101年12月8日至103年3月22日期間計15次門診費用。</p> <p>四、申請人主張慢性病若不能核退，請醫院開立3個月份藥物云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：</p>	

- (一)查全民健康保險係強制性社會保險，雖肩負著保障全體國民健康之使命，惟基於財源之有限性與醫療資源分配正義性，以保險醫事服務機構所提供之適切、合理而有必要之基本醫療照護為前提。我國考量各國生活水準之差異，為維護整體保險對象權益之公平性，乃於全民健康保險法第 55 條第 2 款及第 56 條第 2 項規定：「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。」、「保險對象申請核退自墊醫療費用應檢具之證明文件、核退基準與核退程序及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。」，改制前行政院衛生署（102 年 7 月 23 日改制為衛生福利部）遂按上開法律授權訂定「全民健康保險自墊醫療費用核退辦法」，先予敘明。
- (二)依前開規定，保險對象至非本保險醫療機構就醫，以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者，始得申請核退醫療費用，該核退內容自亦以適切、合理而有必要之緊急處置為限，又前揭核退辦法並賦予健保署對臺灣地區外之核退案件，有審核其醫療是否適當且合理之權利。
- (三)本件申請人系爭 15 次門診就醫，業經有審核權限之機關健保署及本部委請醫療專家審查結果，均認為非屬因不可預期之緊急傷病而就醫，已如前述。
- (四)又「保險對象罹患慢性病，經診斷須長期使用同一處方藥品治療時，除管制藥品管理條例所規定之第一級及第二級管制藥品外，醫師得開給慢性病連續處方箋。」「本保險處方用藥，每次以不超過七日份用量為原則；對於符合第十四條第二項慢性病範圍之病人，得按病情需要，一次給予三十日以內之用藥量。」「本保險處方箋有效期間，自處方箋開立之日起算，一般處方箋為三日（遇例假日順延），慢性病連續處方箋依各該處方箋給藥日數計，至多九十日。」「保險對象持慢性病連續處方箋調劑者，須俟上次給藥期間屆滿前十日內，始得憑原處方箋再次調劑。前項保險對象如預定出國、返回離島地區、為遠洋漁船船員出海作業、國際航線船舶船員出海服務或罕見疾病病人，得於領藥時出具切結文件，一次領取該慢性病連續處方箋之總給藥量。」，分別為全民健康保險醫療辦法第 14 條第 1 項、第 22 條、第 23 條第 1 項及第 24 條

	<p>所明定，申請人若符合上開規定，自得依規定向本保險特約醫事服務機構一次領取該慢性病連續處方箋之總給藥量。</p> <p>五、綜上，健保署未准核退系爭醫療費用，並無不合，原核定應予維持。</p> <p>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。</p>
--	---

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。」

二、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第2條

「全民健康保險（以下稱本保險）保險對象符合本法第五十五條各款規定情形之一者，得依本辦法規定申請核退醫療費用。」

案情摘要

整骨院（柔道整復師）非屬全民健康保險法第 55 條第 2 款規定之醫事服務機構，保險對象至非醫療機構就醫，本保險不予給付。

請求事項	
審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、境外就醫地點：日本整骨院（柔道整復師）。</p> <p>二、就醫原因：足踝關節扭傷，疑腓骨端骨折。</p> <p>三、就醫情形：103 年 11 月 21 日門診。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>申請人 103 年 11 月 21 日於臺灣地區外就醫，經專業審查結果，認為依所附資料無法判定屬不可預期之緊急傷病，且整骨非屬正統醫療行為，核與核退規定不符，所請醫療費用，不予核退。</p>
理由	<p>一、法令依據：</p> <p>(一)全民健康保險法第 55 條第 2 款。</p> <p>(二)全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 2 條。</p> <p>二、健保署提具意見：</p> <p>該署復依申請人申請審議所述理由送請專業審查，認為申請人扭傷腳踝隔日就醫，確屬不可預期之緊急傷病，惟「整骨院」非健保規定給付之正規醫療院所，故仍維持原核定。</p> <p>三、綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「施療證明書」、○○診所診斷證明書、○○醫院乙種診斷證明書等相關資料顯示：</p> <p>(一)申請人於 103 年 11 月 21 日因足踝關節扭傷、疑腓骨端骨折至日本整骨院（柔道整復師）門診，固可認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，惟該整骨院（柔道整復師）並非本保險給付之醫事服務機構。</p> <p>(二)綜合判斷：同意健保署意見，不予核退 103 年 11 月 21 日門診費用。</p> <p>四、申請人主張其 103 年 11 月 20 日下午在日本摔傷，本以為只是扭傷故未立即就醫，11 月 21 日腫脹且疼痛加劇，民宿主人便帶其到隔壁的整骨院看診，並告知是可以報保險的，櫃檯有「支部認定證」</p>

，對觀光客而言，這應該是醫事服務機構，就醫後醫生告知其骨頭裂了，要轉大醫院看，並替其開立證明；觀光客不懂當地語言，要如何判定是否是健保署核准的醫事服務機構，且對方有證書及正式收據，跟臺灣診所一樣，當下當然是先就近就醫，知道需要進一步治療後也立刻更改班機提前回國云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

- (一)查全民健康保險係強制性社會保險，雖肩負著保障全體國民健康之使命，惟基於財源之有限性與醫療資源分配正義性，以保險醫事服務機構所提供之適切、合理而有必要之基本醫療照護為前提。我國考量各國生活水準之差異，為維護整體保險對象權益之公平性，乃於全民健康保險法第 55 條第 2 款及第 56 條第 2 項規定：「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。」、「保險對象申請核退自墊醫療費用應檢具之證明文件、核退基準與核退程序及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。」，改制前行政院衛生署遂按上開法律授權訂定「全民健康保險自墊醫療費用核退辦法」，先予敘明。
- (二)依前開規定，保險對象至非本保險醫療機構就醫，以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者，始得申請核退醫療費用，該核退內容自亦以適切、合理而有必要之緊急處置為限，又前揭核退辦法並賦予健保署對臺灣地區外之核退案件，有審核其醫療是否適當且合理之權利。
- (三)本件申請人系爭門診就醫，經有審核權限之機關健保署及本部委請醫療專家審查結果，均認為屬因不可預期之緊急傷病而就醫，惟該整骨院（柔道整復）並非本保險給付之醫事服務機構，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

五、綜上，健保署未准核退系爭門診費用，並無不合，原核定應予維持。

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。

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 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。」

二、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 2 條

「全民健康保險（以下稱本保險）保險對象符合本法第五十五條各款規定情形之一者，得依本辦法規定申請核退醫療費用。」

案情摘要

保險對象至非本保險醫療機構就醫，以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者，始得申請核退醫療費用，申請人主張過去提交相同文件申請核退，都沒有遇到任何問題，同時另外提交之申請亦成功核退乙節，因醫療專業判斷係就具體個案所附之病歷資料進行審查及判斷，不同病患或同一病患之各次就醫病情有別，無從比附援引。

請求事項		核退香港就醫自墊之醫療費用。
審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	<p>一、境外就醫地點：香港西醫○○醫生。</p> <p>二、就醫原因：上呼吸道感染。</p> <p>三、就醫情形：104年1月2日、22日、2月16日、24日、3月17日、29日、4月1日及16日計8次門診。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>申請人104年1月2日至4月16日於臺灣地區外8次門診就醫，經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，核定不予核退。</p>	
理由	<p>一、法令依據：</p> <p>(一) 全民健康保險法第55條第2款。</p> <p>(二) 全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第2條及第3條。</p> <p>二、健保署提具意見：</p> <p>該署復依申請人所附相關資料審查，審查結果同原審查意見，不予給付。</p> <p>三、綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附就醫資料顯示：</p> <p>(一) 申請人於104年1月2日、22日、2月16日、24日、3月17日、29日、4月1日及16日8次門診就醫，所附就醫資料均僅記載診斷為上呼吸道感染 (Upper Respiratory Tract Infection, URTI)，並無情況緊急之相關描述，不足以佐證其病情或診斷符合全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第3條所定緊急傷病範圍，系爭8次門診均尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。</p> <p>(二) 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退104年1月2日、22日、2月16日、24日、3月17日、29日、4月1日及16日8次門診費用。</p> <p>四、申請人主張其電詢健保署被告知係因診斷書內容不詳盡，而未能成</p>	

功核退，惟香港一般門診醫生礙於隱私的法令，都只提供簡單的診斷書，其本人及家屬在過去 4 年均提交相同的文件申請核退，都沒有遇到任何問題，同時另外提交之申請亦成功核退，難道健保署審查存有雙重標準，要求重新審視云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

- (一) 查全民健康保險係強制性社會保險，雖肩負著保障全體國民健康之使命，惟基於財源之有限性與醫療資源分配正義性，以保險醫事服務機構所提供之適切、合理而有必要之基本醫療照護為前提。我國考量各國生活水準之差異，為維護整體保險對象權益之公平性，乃於全民健康保險法第 55 條第 2 款及第 56 條第 2 項規定：「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。」、「保險對象申請核退自墊醫療費用應檢具之證明文件、核退基準與核退程序及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。」，改制前行政院衛生署(102 年 7 月 23 日改制為衛生福利部)遂按上開法律授權訂定「全民健康保險自墊醫療費用核退辦法」，先予敘明。
- (二) 依前開規定，保險對象至非本保險醫療機構就醫，以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者，始得申請核退醫療費用，該核退內容自亦以適切、合理而有必要之緊急處置為限，又前揭核退辦法並賦予健保署對臺灣地區外之核退案件，有審核其醫療是否適當且合理之權利。
- (三) 又醫療專業判斷係就具體個案所附之病歷資料進行審查及判斷，不同病患或同一病患之各次就醫病情有別，無從比附援引，而本件經有審核權限之機關健保署及本部委請醫療專家審查結果，均認為系爭 104 年 1 月 2 日、22 日、2 月 16 日、24 日、3 月 17 日、29 日、4 月 1 日及 16 日 8 次門診非屬因不可預期之緊急傷病而就醫，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

五、綜上，健保署未准核退系爭醫療費用，並無不合，原核定應予維持。

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。

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 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。」

二、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 2 條

「全民健康保險（以下稱本保險）保險對象符合本法第五十五條各款規定情形之一者，得依本辦法規定申請核退醫療費用。」

三、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條

「本法第五十五條第一款及第二款所定緊急傷病，其範圍如下：

- 一、急性腹瀉、嘔吐或脫水現象者。
- 二、急性腹痛、胸痛、頭痛、背痛（下背、腰痛）、關節痛或牙痛，需要緊急處理以辨明病因者。
- 三、吐血、便血、鼻出血、咳血、溶血、血尿、陰道出血或急性外傷出血者。
- 四、急性中毒或急性過敏反應者。
- 五、突發性體溫不穩定者。
- 六、呼吸困難、喘鳴、口唇或指端發紺者。
- 七、意識不清、昏迷、痙攣或肢體運動功能失調者。
- 八、眼、耳、呼吸道、胃腸道、泌尿生殖道異物存留或因體內病變導致阻塞者。
- 九、精神病病人有危及他人或自己之安全，或呈現精神疾病症狀須緊急處置者。
- 十、重大意外導致之急性傷害。
- 十一、生命徵象不穩定或其他可能造成生命危急症狀者。
- 十二、應立即處理之法定傳染病或報告傳染病。」

案情摘要

保險對象於臺灣地區外急診就醫，經專業審查結果，固認為以門診處置即已足夠因應緊急醫療之所需，惟倘就醫當天確實只有選擇急診服務一途，並無選擇門診就醫之可能，屬事實不能，應依急診診別核退費用。

請求事項	
審定	
主文	原核定撤銷，由原核定機關另為適法之核定。
事實	<p>一、境外就醫地點：日本○○病院。</p> <p>二、就醫原因：急性腺樣體炎(acute adenoiditis)。</p> <p>三、就醫情形：103年7月27日急診(依據「診療明細書」及「診療費領收書 RECEIPT」記載)。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣(下同)9,071元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>經專業審查，同意改以門診1次核退，爰依健保署公告之核退上限，門診每人次1,971元，核退1次門診費用計1,971元；其餘醫療費用，不予核退。</p>
理由	<p>一、法令依據：</p> <p>(一)全民健康保險法第55條第2款。</p> <p>(二)全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第2條、第6條第1項第2款及第2項。</p> <p>(三)改制前行政院衛生署(於102年7月23日改制為衛生福利部)91年10月2日衛署健保字第0910060027號函。</p> <p>(四)健保署103年7月7日健保醫字第1030033547號公告。</p> <p>二、申請審議理由</p> <p>其於103年7月25日晚間即開始發燒，雖已自行服藥，但症狀持續，未見好轉，才於103年7月27日送醫治療，未料當天為星期天，日本無一般門診可供看診，因擔心延誤而導致病情加重，故以至急診診療，請以急診核退。</p> <p>三、健保署意見</p> <p>該署復依申請人所附相關資料送專業審查，認為因病歷無發燒需急診之記載，同意仍以門診給付。</p> <p>四、本部委請醫療專家審查意見及卷附「診斷書」、「診療明細書」、「診療費領收書 RECEIPT」等相關資料顯示：</p>

(一)申請人於 103 年 7 月 27 日急診，診斷書記載傷病名為「acute adenoiditis」(急性腺樣體炎)，可認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，其就醫當時並無發燒、急性發炎等嚴重性病情之記載，固予以門診處置已足夠緊急醫療之所需。

(二)惟查，日本○○醫院網站資料(查詢日期 103 年 2 月 15 日)顯示，該醫院門診時間僅為星期一至星期五，而依「診療明細書」記載，申請人系爭 103 年 7 月 27 日至該醫院「救急部」急診日為星期天，以當天該醫院所能提供之診別，申請人確實只有選擇急診服務一途，並無選擇門診就醫之可能，在「事實不能」之情況下，該次就醫應依急診核退費用。

(三)綜合判斷：同意核退 103 年 7 月 27 日急診費用。

五、綜上，健保署僅核退 1 次門診費用，即有未洽，爰將原核定撤銷，由原核定機關依規定核算後補核退。

據上論結，本件申請為有理由，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 2 項規定，審定如主文。

相關法令：

一、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。」

二、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 2 條

「全民健康保險（以下稱本保險）保險對象符合本法第五十五條各款規定情形之一者，得依本辦法規定申請核退醫療費用。」

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學中心急診每人次、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、改制前行政院衛生署 91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函

「全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第六條第一項第二款所稱核

實給付，僅係考量世界各地醫療水準及制度差異性所為之裁量性規定，依例外從嚴之法理，本保險施行區域外之核退案件，除有核退金額不得高於本保險支付各特約醫學中心各類平均費用之上限外，保險人所依循之審查原則應無二致，亦即保險人對施行區域外之核退案件，應有審核其是否適當且合理之權限。」

五、健保署 103 年 7 月 7 日健保醫字第 1030033547 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 103 年 7、8、9 月份之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)
103 年 7 月至 103 年 9 月	1,971	3,235	7,293

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。」

案情摘要

保險對象申請核退大陸地區住院 5 日（含）以上之自墊醫療費用，其醫療費用收據正本及診斷書需辦理公證驗證，始得向健保署申請核退醫療費用。

請求事項	核退大陸地區就醫自墊之醫療費用。
審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：暈眩。</p> <p>三、就醫情形：103 年 8 月 13 日至 18 日住院。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>（一）保險對象申請核退大陸地區住院 5 日（含）以上之自墊醫療費用核退案件，及保險人實務作業認定有查證必要之案件，所須檢具之醫療費用收據正本及診斷證明文件，當事人必須先在大陸地區公證處辦理公證，再持公證書正本向財團法人海峽交流基金會申請驗證，完成驗證之文書，始予採認。</p> <p>（二）申請人申請 103 年 8 月 13 日至 18 日於大陸地區住院自墊醫療費用核退案，尚缺住院收費票據及出院紀錄之公證驗證文書，檢具資料未齊，歉難辦理，原件檢還。</p>
理由	<p>一、法令依據</p> <p>（一）全民健康保險法第 55 條第 2 款及第 56 條第 2 項。</p> <p>（二）全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 2 條及第 5 條。</p> <p>（三）臺灣地區與大陸地區人民關係條例第 7 條及其施行細則第 38 條。</p> <p>二、按「在大陸地區製作之文書，經行政院設立或指定之機構或委託之民間團體驗證者，推定為真正。」「在大陸地區製作之委託書、死亡證明書、死亡證明文件、遺囑、醫療機構證明文件、切結書及領據等相關文件，應經行政院設立或指定之機構或委託之民間團體驗證。」為臺灣地區與大陸地區人民關係條例第 7 條及其施行細則第 38 條所明定。又按「保險對象申請核退自墊醫療費用應檢具之證明文件、核退基準與核退程序及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。」「保險人於必要時，得通知保險對象補送第一項附表規定以外之其他證明文件」，全民健康保險法第 56 條第 2 項及據以訂定之全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條亦分別定有明文，並由改制前中央健康保險局於 95 年 1 月 27 日以健保醫字第 950059070</p>

號函就有關辦理保險對象申請核退大陸地區自墊醫療費用之兩岸文書查驗，釋示「自 95 年 4 月 1 日（住院出院日）起，保險對象申請核退大陸地區住院 5 日（含）以上之自墊醫療費用核退案件，及本局各分局實務作業認定有查證必要之案件，其醫療證明文件（醫療費用收據正本、費用明細、診斷書或證明文件等）須經公證驗證．．．始予採認。」等語，嗣迭經簡化修正為僅需醫療費用收據正本及診斷書需辦理公證驗證，並於全民健康保險自墊醫療費用核退申請書填寫說明增列該等修正，自 99 年 4 月 1 日起實施，是保險對象申請核退大陸地區住院 5 日（含）以上之自墊醫療費用，其醫療費用收據正本及診斷書需辦理公證驗證，始得向健保署申請核退醫療費用，合先敘明。

三、本件申請人因病於 103 年 8 月 13 日至 18 日於大陸地區住院 5 日，依前揭規定，其醫療費用收據正本及診斷書即需辦理公證驗證，惟申請人申請核退醫療費用時並未檢具住院收費票據及出院紀錄之公證驗證文書，為申請人所不否認，則健保署以申請人檢具資料未齊，未予受理，於法尚無不合，所稱其因近期無法再前往大陸地區，請健保署能按住院 4 天案例核算，自願放棄 1 天計算云云，核難執為本案之論據。

四、綜上，健保署函復申請人，略以本件申請核退案尚缺住院收費票據及出院紀錄之公證驗證文書，檢具資料未齊，歉難辦理等語，並無不合，原核定應予維持。

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。

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 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。」

二、全民健康保險法第 56 條第 2 項

「保險對象申請核退自墊醫療費用應檢具之證明文件、核退基準與核退程序及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。」

三、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 2 條

「全民健康保險（以下稱本保險）保險對象符合本法第五十五條各款規定情形之一者，得依本辦法規定申請核退醫療費用。」

四、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條

「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。」「保險人於必要時，得通知保險對象補送第一項附表規定以外之其他證明文件，或至保險人指定之醫事服務機構接受相關檢驗或檢查。」

五、臺灣地區與大陸地區人民關係條例第 7 條

「在大陸地區製作之文書，經行政院設立或指定之機構或委託之民間團體驗證者，推定為真正。」

六、臺灣地區與大陸地區人民關係條例施行細則第 38 條

「在大陸地區製作之委託書、死亡證明書、死亡證明文件、遺囑、醫療機構證明文件、切結書及領據等相關文件，應經行政院設立或指定之機構或委託之民間團體驗證。」

案情摘要

本保險保險對象住院日數之計算，不論臺灣地區內或臺灣地區外，均採算進不算出之原則。

請求事項	核退於日本就醫自墊之醫療費用。
審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、境外就醫地點：日本○○病院。</p> <p>二、就醫原因：不完全流產。</p> <p>三、就醫情形：103年7月30日至31日住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）9,931元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>（一）住院日期：103年7月30日至31日。</p> <p>（二）核給1次門診：合理住院日數為0日，改核門診1次。</p> <p>（三）核付金額：依103年7月醫學中心門診每人次平均費用1,971元，核退1次門診費用1,971元；其餘醫療費用，不予核退。</p>
理由	<p>一、法令依據：</p> <p>（一）全民健康保險法第55條第2款及第56條第2項。</p> <p>（二）全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第2條、第6條第1項第2款及第2項。</p> <p>（三）改制前行政院衛生署（於102年7月23日改制為衛生福利部）91年10月2日衛署健保字第0910060027號函。</p> <p>（四）健保署103年7月7日健保醫字第1030033547號公告。</p> <p>二、健保署意見：</p> <p>（一）該署復依相關資料重新審查結果，認為病歷記載為不完全性流產，門診手術即可，不必住院，仍維持原核定。</p> <p>（二）另有關同一保險對象於臺灣地區外各次就醫之病情是否符合核退規定及其核退基準，應由專業醫師依所檢附之各該次就醫資料予以專業審查判斷與認定，自無從比附援引。</p> <p>三、本部委請醫療專家審查意見及卷附「診斷書」、「入院診療計畫書」等相關資料顯示：</p> <p>（一）申請人固因不完全流產於103年7月30日住院就醫，惟依醫療常規，於門診施行子宮內容物除去術(D&C)即可，尚無住院之必要。</p> <p>（二）綜合判斷：同意健保署意見，核退1次門診費用，其餘費用，不</p>

予核退。

四、申請人主張其於 103 年 7 月 30 日依醫生指示入院進行流產手術，於 103 年 7 月 31 日出院，住院 2 日，健保署未予核退住院費用，且入院 2 日被改為 1 日云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

- (一) 查全民健康保險係強制性社會保險，雖肩負著保障全體國民健康之使命，惟基於財源之有限性與醫療資源分配正義性，以保險醫事服務機構所提供之適切、合理而有必要之基本醫療照護為前提。我國考量各國生活水準之差異，為維護整體保險對象權益之公平性，乃於全民健康保險法第 55 條第 2 款及第 56 條第 2 項規定：「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。」、「保險對象申請核退自墊醫療費用應檢具之證明文件、核退基準與核退程序及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。」，改制前行政院衛生署遂按上開法律授權訂定「全民健康保險自墊醫療費用核退辦法」，先予敘明。
- (二) 依前開規定，保險對象至非本保險醫療機構就醫，以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者，始得申請核退醫療費用，該核退內容自亦以適切、合理而有必要之緊急處置為限，又前揭核退辦法並賦予健保署對臺灣地區外之核退案件，有審核其醫療是否適當且合理之權利。
- (三) 本件申請人系爭住院就醫之病症，經有審核權限之機關健保署及本部委請醫療專家審查結果，均認為予以門診手術即可，已如前述。
- (四) 另查有關住院日數，依全民健康保險醫療辦法第 21 條規定：「本保險病房費用，自保險對象住院之日起算，出院之日不算。」，而改制前行政院衛生署中央健康保險局亦以 95 年 7 月 17 日健保醫字第 0950059909 號函釋，略以本保險施行區域外住院就醫申請自墊醫療費用案件，住院日數以算進不算出，即以入院之日起計，出院之日不計之原則辦理等語，足見本保險保險對象住院日數之計算，不論臺灣地區內或臺灣地區外，均採算進不算出之原則，爰此，本件申請人系爭 103 年 7 月 30 日至 31 日住院，住院

日數為 1 日。

五、綜上，健保署依核退上限核退申請人 1 次門診費用 1,971 元，其餘費用，未准核退，並無不合，原核定應予維持。至申請人主張其於 102 年曾在日本因實行流產手術向健保署申請核退，該次入院費用有承認一節，姑不論此部分非屬原核定範圍，非本件所得審究，且有關保險對象於臺灣地區外就醫之病況及有無住院之適應症，乃依所檢附之各次就醫相關資料由醫療專家就具體個案予以專業判斷，尚無從比附援引，併予敘明。

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。

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 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。」

二、全民健康保險法第 56 條第 2 項

「保險對象申請核退自墊醫療費用應檢具之證明文件、核退基準與核退程序及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。」

三、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 2 條

「全民健康保險（以下稱本保險）保險對象符合本法第五十五條各款規定情形之一者，得依本辦法規定申請核退醫療費用。」

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學中心急診每人次、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、改制前行政院衛生署 91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函

「全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第六條第一項第二款所稱核實給付，僅係考量世界各地醫療水準及制度差異性所為之裁量性規定，依例外從嚴之法理，本保險施行區域外之核退案件，除有核退金額不得高於本保險支付各特約醫學中心各類平均費用之上限外，保險人所依循之審查原則應無二致，亦即保險人對施行區域外之核退案件，應有審核其是否適當且合理之權限。」

六、健保署 103 年 7 月 7 日健保醫字第 1030033547 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 103 年 7、8、9 月份之全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限： 單位：元

年月 項目	門診 (每次)	急診 (每次)	住院 (每日)
103 年 7 月至 103 年 9 月	1,971	3,235	7,293

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。」

案情摘要

全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款所定「治療當日」並非屬行政程序法第 48 條第 2 項規定之例外情形，亦即始日不計算在內，則核退申請期間應自門診之次日起算。

請求事項	核退大陸地區就醫自墊之醫療費用。
審 定	
主 文	原核定關於未准核退申請人於 103 年 10 月 10 日至大陸地區門診就醫自付之醫療費用部分撤銷，由原核定機關另為適法之核定。
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區○○保健院。</p> <p>二、就醫原因：腹瀉(依健保署意見書記載)。</p> <p>三、就醫情形：103 年 10 月 10 日及 11 月 14 日計 2 次門診。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>(一) 103 年 10 月 10 日門診部分：</p> <p> 已逾 6 個月申請期限，未便受理。</p> <p>(二) 103 年 11 月 14 日門診部分：</p> <p> 依收據記載金額，扣除健保不給付之「掛號費」新臺幣（下同）8 元後，核實核退就醫費用計 1,423 元。</p> <p>五、申請人就未准核退之 103 年 10 月 10 日門診費用部分，向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款。</p> <p>(二) 行政程序法第 48 條第 2 項及第 3 項。</p> <p>二、本件申請人於 103 年 10 月 10 日門診就醫，並於 104 年 4 月 10 日（郵戳日）向健保署提出本件醫療費用核退之申請，健保署以已逾 6 個月申請期限，核定不予受理。</p> <p>三、惟查系爭 103 年 10 月 10 日門診並未逾 6 個月申請期限，理由如下：</p> <p>(一) 依全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款規定：「保險對象依前條規定申請核退自墊醫療費用，應於下列期限內為之：依第一款、第二款或第四款規定申請者，為門診、急診治療當日或出院之日起六個月內。但出海作業之船員，為返國入境之日起六個月內。」，從其文義觀之，其中門診、急診為「治療當日」起算，住院則為「出院之日」起算。</p> <p>(二) 又依行政程序法第 48 條第 2 項規定：「期間以日、星期、月或年</p>

計算者，其始日不計算在內。但法律規定即日起算者，不在此限。」，準此，期間計算，始日不計算在內為原則，而法律另有規定「即日」起算者為例外。

- (三) 按期間之計算，始日不計算在內，乃法律共通適用之原則，只有在「除法律有特別規定」之例外情形，始有排除其適用，最高行政法院 85 年 6 月份庭長評事聯席會議決議已明文揭示：行政法令中常見之「自○○之日起○○日（月）內」用語，僅屬通用之體例，並非法令針對期間所為之特別規定，其旨甚明。鑑於對人民負擔之處分，如其有關期間之規定不明確者，應將有利之解釋歸諸人民，有最高行政法院 99 年判字第 654 號判決可資參照。
- (四) 有關申請核退醫療費用期間之規定係課予保險對象義務，期間規定不明確者，宜作有利於申請人之解釋，爰認定全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款所定「治療當日」並非屬行政程序法第 48 條第 2 項規定之例外情形，亦即始日不計算在內，則本件核退申請期間應自門診之次日 103 年 10 月 11 日起算，至 104 年 4 月 10 日止，申請人於 104 年 4 月 10 日提出本件醫療費用核退之申請，並未逾 6 個月申請期限。

四、綜上，健保署核定申請人申請核退 103 年 10 月 10 日門診費用已逾 6 個月申請期限，即有未洽，爰將原核定此部分撤銷，由原核定機關另為適法之核定。

據上論結，本件申請為有理由，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 2 項規定，審定如主文。

相關法令：

一、全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款

「保險對象依前條規定申請核退自墊醫療費用，應於下列期限內為之：依第一款、第二款或第四款規定申請者，為門診、急診治療當日或出院之日起六個月內。但出海作業之船員，為返國入境之日起六個月內。」

二、行政程序法第 48 條第 2 項及第 3 項

「期間以日、星期、月或年計算者，其始日不計算在內。但法律規定即日起算者，不在此限。」「期間不以星期、月或年之始日起算者，以最後之星期、月或年與起算日相當日之前一日為期間之末日。但以月或年定期間，而最後之月無相當日者，以其月之末日為期間之末日。」。

四、其他保險權益及 程序事項

案情摘要

保險對象因罹患癌症經治療後，若無癌細胞復發或轉移之情形，僅需定期追蹤，自不符合「需積極或長期治療之癌症」重大傷病證明核發之條件。

請求事項		核發重大傷病證明。
審定		
主文	申請審議駁回。	
事實	<p>一、開立重大傷病證明申請書之院所：○○醫院。</p> <p>二、申請核發重大傷病證明之診斷病名：「攝護腺癌（ICD-9-CM：185）」。</p> <p>三、核定內容</p> <p> 本件經審查醫師審查，認為申請人檢附資料無法證明癌症需要積極治療，且無復發或轉移之證明，不符全民健保重大傷病項目，不同意發給重大傷病證明。</p>	
理由	<p>一、法令依據</p> <p> （一）全民健康保險法第48條第1項第1款及第2項。</p> <p> （二）全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第2條第1項之附表一全民健康保險重大傷病項目第1項。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p> 該署依申請人申請審議所提病情說明，併全案再送專審，認定申請人前列腺癌已接受放射治療及抗男性賀爾蒙治療超過5年，無相關檢查或檢驗證實有復發或轉移之證據或病理報告，尚難認符合重大傷病之條件及資格，但仍可繼續追蹤治療，仍維持原核定，不同意核發重大傷病證明。</p> <p>三、本部委請醫療專家審查意見</p> <p> （一）申請人罹患前列腺癌，經放射線治療及賀爾蒙治療後，103年10月23日、104年4月20日及7月2日檢驗血清結果之PSA(Prostatic Specific Antigen，攝護腺特異性抗原)分別為0.01ng/ml、0.00ng/ml及0.00ng/ml(參考值0-4)，且卷附就醫資料並無復發或轉移之相關證明，申請人目前之疾病狀態無需積極性之治療，於門診繼續追蹤即可，尚不符合全民健康保險重大傷病項目第1項所訂癌症需積極或長期治療之條件。</p> <p> （二）綜合判斷：同意健保署意見，不同意核發重大傷病證明。</p> <p>四、綜上，健保署不同意核發重大傷病證明，並無不合，原核定應予維</p>	

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。

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、全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 2 條第 1 項之附表一全民健康保險重大傷病項目第 1 項

「一、需積極或長期治療之癌症。惡性腫瘤」

案情摘要

慢性腎衰竭(尿毒症)必須接受定期透析治療者，係指腎功能衰退至不可逆的狀況，保險對象若非腎功能衰退至不可逆的狀況，且可經由暫時性透析來恢復腎功能，即不符合「慢性腎衰竭須定期透析治療」重大傷病證明核發之條件。

請求事項	
審定	
主文	申請審議駁回。
事實	<p>一、開立重大傷病證明申請書之院所：○○醫院。</p> <p>二、申請核發重大傷病證明之診斷病名：</p> <p>「慢性腎衰竭須定期透析治療 (ICD-9-CM : 585)」。</p> <p>三、核定內容(受文者原記載為黃○○，105年2月3日更正為申請人) 本件經審查醫師審查，認為申請人眷屬黃○○因糖尿病合併肺水腫，Cr : 2.9-4.3 mg/dl 之間，UF 從 0-150 c. c.，目前病況為慢性腎功能不全併 AKI(acute kidney injury，急性腎衰竭)，應可嘗試藥物治療，使肺水腫好轉，AKI 因素去除，不符合慢性腎衰竭須長期定期透析治療適應症，不符全民健保重大傷病項目，不同意發給重大傷病證明。</p>
理由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 48 條第 1 項第 1 款及第 2 項。</p> <p>(二) 行為時全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 2 條第 1 項之附表一全民健康保險重大傷病項目第 4 項。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>該署就申請人爭議審議案所附資料再送專業審查，認為依申請人眷屬黃○○腎功能檢查數值有逐漸恢復跡象，且為急性腎損傷，而腎臟只是眾多器官損害一環，再加上原發病同時引發心肺衰竭，因病情急遽變化，於暫時緊急透析治療，可協助水分及電解質平衡，但是不符慢性腎衰竭須定期透析治療，仍不同意核發重大傷病證明。</p> <p>三、本部委請醫療專家審查意見</p> <p>(一) 所謂慢性腎衰竭(尿毒症)必須接受定期透析治療者，係指腎功能衰退至不可逆的狀況而言。本件申請人眷屬黃○○患有慢性腎衰竭，因敗血症導致腎功能急速惡化，於 104 年 9 月 14 日住院，並因肺水腫接受透析治療。</p> <p>(二) 根據卷附就醫資料顯示，申請人眷屬黃○○之 Cr(肌酸酐)有恢復</p>

	<p>情形，不屬於腎功能衰退至不可逆的狀況，應是進入腎功能恢復階段，而依臨床經驗，發生急性腎衰竭時，經由暫時性透析可以改善肺水腫的狀況，之後腎功能恢復階段，應可慢慢將透析停止，不需要長期透析。</p> <p>(三) 綜合判斷：同意健保署意見，不同意核發重大傷病證明。</p> <p>四、綜上，健保署不同意核發重大傷病證明，並無不合，原核定應予維持。</p> <p>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。</p>
--	---

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、行為時全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第2條第1項之附表一全民健康保險重大傷病項目第4項

「四、慢性腎衰竭[尿毒症]，必須接受定期透析治療者。(一)慢性腎衰竭」

案情摘要

申請人燒燙傷面積雖未達全身 20%，惟因顏面燒燙傷，有深部組織壞死（深三度），且伴隨有呼吸道之吸入性灼傷，造成肺部組織之損害，併有身體部位損害，需施行手部焦痂切開手術及手部疤痕攀縮，其病情符合「臉及頭之燒傷，深部組織壞死（深三度），伴有身體部位損害」核發重大傷病證明之條件。

請求事項		核發重大傷病證明。
審定		
主文	原核定撤銷，由原核定機關依規定核發重大傷病證明。	
事實	<p>一、案件緣由及健保署核定文件要旨</p> <p>(一) 健保署 104 年 9 月 17 日健保○字第 0000000000 號函</p> <p>申請人於 104 年 8 月 18 日檢附○○醫院之診斷證明書（診斷病名「1. 臉部及雙側上肢多處二度燒傷；2. 吸入性灼傷」），向健保署申請核發重大傷病證明，經健保署函知申請人，略以申請人持○○醫院開立「體表面積之大於 20% 之燒傷（ICD-9-CM：948.2）」診斷，申請重大傷病證明，經函調申請人於○○就醫之相關病歷及照片，併案送請醫藥專家審查，認為申請人於○○醫院住院 1 日，隔天即轉診至○○醫院，依據照片顏面及頭部大部分為淺 2 度，僅部分雙耳可能達深 2 度以上接受植皮手術，但病歷中並未提及造成耳朵變形，該院診斷灼傷佔體表面積未達 20%，不符重大傷病範圍，申請人重大傷病證明申請案歎難同意等語。</p> <p>(二) 健保署 104 年 11 月 9 日受理編號 0000000000 全民健康保險重大傷病核定審查通知書</p> <p>申請人不服，於 104 年 10 月 28 日檢附○○醫院之診斷證明書（診斷病名「1. 臉部雙手及雙耳燒傷，二度至三度，12% 體表面積；2. 吸入性灼傷」），再向健保署申請核發重大傷病證明，經健保署核復申請人，略以經該署審查醫師審查認為第一家醫院評估面積比較大是為了避免低估病情影響治療，且一度與二度灼傷的評估，初診往往很難正確做出診斷；申請人不到一天的時間即轉到燒燙傷專門治療醫院在診斷上應以第二家醫院為準，這是符合常理的且從病歷上所附相片來看，也符合事實，應無庸置疑，不同意發給診斷病名「體表面積之大於 20% 之燒傷（ICD-9-CM：948.2）」之重大傷病證明。</p> <p>(三) 健保署 104 年 12 月 31 日受理編號 0000000000 全民健康保險重大</p>	

	<p>傷病核定審查通知書</p> <p>申請人仍未甘服，於 104 年 12 月 8 日再檢附○○醫院開立「氣爆致兩手及臉部燒傷」之診斷證明書等就醫資料向健保署提出申復，經健保署核復申請人，略以經該署審查醫師審查認為申請人於 103 年 8 月 1 日送至○○醫院後再轉送○○醫院，由所附相片及相關病歷判斷，均為兩手、顏面及頭部燒傷，燒傷總面積為 12%，五官功能恢復無障礙，仍不同意發給診斷病名「體表面積之大於 20% 之燒傷 (ICD-9-CM : 948.2)」之重大傷病證明。</p> <p>二、申請人檢附前開健保署 104 年 12 月 31 日受理編號 0000000000 全民健康保險重大傷病核定審查通知書影本，向本部申請審議。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <ul style="list-style-type: none"> (一) 全民健康保險法第 48 條第 1 項第 1 款及第 2 欄。 (二) 行為時全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 2 條第 1 項之附表一全民健康保險重大傷病項目第 9 項。 <p>二、本件審議範圍</p> <ul style="list-style-type: none"> (一) 依全民健康保險重大傷病項目第 9 項規定：「九、燒燙傷面積達全身百分之二十以上；或顏面燒燙傷合併五官功能障礙者。(一) 體表面積之大於 20% 之燒傷 [ICD-9-CM : 948.2~948.9] (二) 顏面燒燙傷 1. 眼及其附屬器官之燒傷 [ICD-9-CM : 940] 2. 臉及頭之燒傷，深部組織壞死（深三度），伴有身體部位損害 [ICD-9-CM : 941.5] 」。 (二) 查系爭健保署 104 年 12 月 31 日受理編號 0000000000 全民健康保險重大傷病核定審查通知書固核定不同意發給申請人診斷病名「體表面積之大於 20% 之燒傷 (ICD-9-CM : 948.2)」之重大傷病證明，惟綜觀申請人 104 年 12 月 8 日檢附之診斷證明書記載之診斷病名為「氣爆致兩手及臉部燒燙傷」，及系爭核定審查通知書所載不符全民健保重大傷病項目之原因（兩手、顏面及頭部燒傷，燒傷總面積為 12%，五官功能恢復無障礙），以及健保署補充意見，略以該署亦針對顏面及頭部，五官功能無障礙進行評估等語，顯示申請人申請核發重大傷病項目包含「顏面燒燙傷合併五官功能障礙者」，並經健保署審查在案，爰認為系爭核定審查通知書除核定不核發「體表面積之大於 20% 之燒傷 (ICD-9-CM : 948.2)」之重大傷病證明外，亦隱含認定申請人不符合「顏面燒燙傷合併

五官功能障礙者」(ICD-9-CM：940 及 941.5) 之重大傷病證明核發條件，而未准同意核發該診斷病名之重大傷病證明，從而本件以申請人之病況是否符合全民健康保險重大傷病項目第 9 項所訂「體表面積之大於 20% 之燒傷 (ICD-9-CM：948.2)」及「顏面燒燙傷合併五官功能障礙者」(ICD-9-CM：940 及 941.5) 之條件為範圍，合先敘明。

三、本部委請醫療專家審查意見

- (一) 病情或診斷：1. 顏面、雙耳廓及雙手燒傷二度至三度，佔體表面積 12%；2. 呼吸道吸入性灼傷。
- (二) 依卷附就醫資料顯示，申請人燒燙傷面積雖未達全身 20%，惟其因顏面燒燙傷，有深部組織壞死（深三度），且伴隨有呼吸道之吸入性灼傷，造成肺部組織之損害，併有身體部位損害，需施行手部焦痂切開手術及手部疤痕攣縮，其病情符合全民健康保險重大傷病項目第 9 項（二）2. 規定「臉及頭之燒傷，深部組織壞死（深三度），伴有身體部位損害 (ICD-9-CM：941.5)」核發重大傷病證明之條件。
- (三) 綜合判斷：同意核發全民健康保險重大傷病項目第 9 項（二）2. 「臉及頭之燒傷，深部組織壞死（深三度），伴有身體部位損害」之重大傷病證明。

四、綜上，健保署未准同意發給重大傷病證明，即有未洽，爰將原核定撤銷，由原核定機關依規定核發重大傷病證明。至申請人申請審議一併主張其已符合全民健康保險重大傷病項目第 12 項之重大創傷，請求核准該項目之重大傷病證明部分，因非原核定之範圍，尚非本件所得審究，宜由健保署另案本於權責處理，併予敘明。

據上論結，本件申請為有理由，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 2 項規定，審定如主文。

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、行為時全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 2 條第 1 項之附表一全民健康保險重大傷病項目第 9 項

「九、燒燙傷面積達全身百分之二十以上；或顏面燒燙傷合併五官功能障礙者。（一）體表面積之大於 20% 之燒傷（二）顏面燒燙傷 1. 眼及其附屬器官之燒傷 2. 臉及頭之燒傷，深部組織壞死（深三度），伴有身體部位損害。」

案情摘要

保險對象申請核發診斷病名為「重大創傷嚴重程度 16 分以上者」之重大傷病證明，健保署未准核發，惟經本部醫療專家專審認為其創傷嚴重程度之 ISS 分數大於 16 分，同意核發重大傷病證明。

請求事項	核發重大傷病證明。
審 定	
主 文	原核定撤銷，由原核定機關依規定核發重大傷病證明。
事 實	<p>一、開立重大傷病證明申請書之院所：○○醫院。</p> <p>二、申請核發重大傷病證明之診斷病名：</p> <p>「重大創傷嚴重程度 16 分以上者(ICD-9-CM：959.99)」。</p> <p>三、核定內容</p> <p>本件經審查醫師審查，認為 ISS<16(重大創傷嚴重程度未達 16 分)，不符重大傷病證明申請條件，不符合全民健保重大傷病項目，不同意發給重大傷病證明。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 48 條第 1 項第 1 款及第 2 項。</p> <p>(二) 全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 2 條第 1 項之附表一全民健康保險重大傷病項目第 12 項。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>本件經該署再送專業審查，認為依所附資料無法說明脊髓不完全損傷程度有達嚴重創傷程度 16 分以上，仍不同意核發重大傷病證明。</p> <p>三、本部委請醫療專家審查意見</p> <p>(一) 申請人因車禍造成頸椎脊髓損傷、鎖骨、髖骨骨折及腹壁裂傷，依 104 年 10 月 28 日至 12 月 7 日出院病歷摘要記載，申請人頸椎受傷，上肢肌力 3、下肢肌力 0，應足以判斷申請人有頸椎脊髓不完全損傷之情況，加上骨折等傷症，$ISS=4^2+2^2+1^2=21$，符合重大傷病範圍。</p> <p>(二) 綜合判斷：同意核發重大傷病證明。</p> <p>四、綜上，健保署未准同意發給重大傷病證明，即有未洽，爰將原核定撤銷，由原核定機關依規定核發重大傷病證明。</p> <p>據上論結，本件申請為有理由，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 2 項規定，審定如主文。</p>

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、全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 2 條第 1 項之附表一全民健康保險重大傷病項目第 12 項

「十二、重大創傷且其嚴重程度到達創傷嚴重程度分數十六分以上者(INJURY SEVERITY SCORE ≥ 16)」

案情摘要

健保署循被保險人之申訴，函復依其投保單位申報追溯轉出，將重複加保期間之健保費退費於該投保單位等處理情形，為單純事實之敘述及說明，尚不因該項敘述或說明而對申請人權益發生得喪變更之具體法律上效果，僅係觀念通知，並非核定案件。

請求事項	健保重複加保健保費退費。	
審定		
主文	申請審議不受理。	
理由	依據	全民健康保險爭議事項審議辦法第2條第1項及第18條第1項第6款。
	審定理由	<p>一、案件緣由及健保署健保○字第000000000號函要旨 (一)申請人於103年5月22日以其於○○職業工會有勞保及健保重複加保情形，應予退保及退費云云，向勞動部勞工保險局申請爭議審議，該局於103年6月3日以○字第000000000號函就健保退保及健保費重複繳納部分移由健保署處理。</p> <p>(二)經健保署於103年6月18日以健保○字000000000號函復申請人，略以：</p> <ol style="list-style-type: none">1.申請人自84年3月1日於○○職業工會健保加保期間，屬重複加保月份為89年1月至2月、93年5月至12月及96年10月。2.該職業工會曾於94年1月4日來表，申辦追溯申請人93年5月至12月轉出，該署業於94年3月22日退費於工會在案。3.依行政程序法第131條規定，申請人前開89年1月至2月期間已逾請求權時效，不再受理；至96年10月重複繳納之保費，將俟該署與工會執行103年6月份保費結算作業後退還工會，屆時請洽工會辦理退費。 <p>二、申請理由要旨</p> <p>(一)○○職業工會基於行政委託，可以代收勞健保費用，也可以做勞健保退費行為，健保署已於94年3月22日退費於該職業工會，而該職業工會卻於94年10月份才退費予其本人，</p>

已逾半年，請說明理由。

(二)健保署在94年3月22日退費於工會，並未告知，是否有行政疏失？違反明確性原則。

三、審定理由

(一) 健保署前開函固認定申請人健保重複加保期間包含89年1月至2月、93年5月至12月及96年10月，惟本件申請人係爭議其中93年5月至12月重複加保健保費之退費作業，爰本件僅就此部分進行審議，合先敘明。

(二)依卷附相關資料顯示，○○職業工會於93年12月31日填具「勞工保險退保申報表 全民健康保險第一、二、三類保險對象退保申報表」，向改制前中央健康保險局○區分局(以下簡稱改制前健保局)申報申請人自該日起退會退保(轉出)，經該局查核發現申請人自93年5月31日起另以第1類被保險人身分於○○公司重複加保，乃逕辦申請人追溯自93年5月30日起由○○職業工會轉出，並將申請人93年5月至11月重複加保期間之保險費新臺幣(下同)3,668元(計算式 $524 * 7 = 3,668$)於94年3月30日寄交支票予○○職業工會辦理退還申請人，並由申請人之父黃○○於94年10月28日收訖上開改制前健保局退還之保險費，業經健保署意見書陳明在卷，並有健保署第二、三類被保險人沖退保險費處理明細表、○○職業工會103年8月29日(103)○市○字第000號函及申請人之父黃○○簽名領收之收據影本附卷可稽，則健保署系爭函復申請人，略以有關○○職業工會曾於94年1月4日申辦追溯申請人93年5月至12月轉出，該署業已於94年3月22日退費於工會在案等語，乃係就上開退費之處理情形所為單純事實之敘述及說明，尚不因該項敘述或說明而對申請人權益發生具體之法律上效果，僅係觀念通知，並非首揭辦法所定之核定案件，申請人對之申請審議，自有未合，應不予受理。

(三)至申請人質疑改制前健保局於94年3月22日退費於○○職業工會，並未告知其本人，且該工會卻於94年10月才退費，有半年空窗期等節，除健保署意見書業已陳明，略以職業工會會員每月保費係由所屬投保單位彙收，並由單位彙繳至該

署，該署每月應核退之保費亦透過與單位結算後退還，爰此，是類保險對象保費收、繳、退費均採機關對所屬團體辦理批次作業，本件申請人之退費係依上述作業模式及流程，由該署計費並與單位執行退、欠費互抵結算作業後，開立支票核退，再由工會通知當事人領取核退金額等語，並經○○職業工會以 103 年 8 月 29 日(103)○市○字第 000 號函復健保署說明，略以健保署於 94 年 3 月 30 日核退該筆費用，該工會於 94 年 4 月初以電話聯絡通知退費，通知電話由申請之母林○○女士接聽（因申請人本人不在），煩請其母告知申請人攜帶印章至工會辦理退費，但不知其母未告訴申請人或是其他原因，以致一直未來領取，直到 94 年 10 月 28 日申請人之父黃○○至工會洽公時始一併讓其父領回等語，併予敘明。

據上論結，本件申請為不受理，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 6 款規定，審定如主文。

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 2 條第 1 項

「保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對於保險人核定下列全民健康保險權益案件有爭議時，得依本辦法規定申請權益案件之審議：
一、關於保險對象之資格及投保手續事項。二、關於被保險人投保金額事項。
三、關於保險費、滯納金及罰鍰事項。四、關於保險給付事項。五、其他關於保險權益事項。」

二、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 6 款

「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：六、爭議之內容非第二條所定事項。」

案情摘要

被保險人之應受送達處所不明，健保署將保險費繳款單辦理公示送達，自刊登公報之日起經 20 日已發生送達效力，再次發單催繳保險費，僅係觀念通知，並非核定案件。

請求事項	撤銷健保費新臺幣(下同)2 萬 223 元。	
審定		
主文	申請審議不受理。	
理由	依據	一、全民健康保險爭議事項審議辦法第 2 條第 1 項及第 18 條第 1 項第 6 款。 二、行政程序法第 78 條第 1 項第 1 款、第 2 項、第 80 條及第 81 條前段。
審定理由	<p>一、繳款單內容 計收申請人 103 年 2 月(含 100 年 12 月至 103 年 2 月)保險費 2 萬 223 元。</p> <p>二、審定理由 查本件申請人之戶籍地址於 104 年 1 月 15 日經戶政機關逕遷入○○市○○區戶政事務所，而計收系爭保險費之繳款單，因應受送達處所不明，前經健保署依行政程序法第 78 條規定，於 104 年 6 月 5 日辦理公示送達，並於 104 年 6 月 10 日刊登行政院公報，有個人戶籍資料、健保署 104 年 6 月 5 日健保○字第 0000000000 號公示送達公告影本及行政院公報資訊網查詢資料(查詢日期 104 年 11 月 4 日)附卷可稽，依行政程序法第 81 條前段規定，自刊登公報之日起經 20 日已發生送達效力，並經健保署移送法務部行政執行署○○分署執行中，則健保署再次發單催繳系爭保險費，僅係觀念通知，即非首揭辦法所定之核定案件，申請人對之申請審議，自有未合，應不予受理。</p> <p>據上論結，本件申請為不受理，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 6 款規定，審定如主文。</p>	

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 2 條第 1 項

「被保險人、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對保險人核定下列全民健康保險權益案件有爭議時，得依本辦法規定申請權益案件之審議：一、關於保險對象之資格及投保手續事項。二、關於被保險人投保金額事項。三、關於保險費、滯納金及罰鍰事項。四、關於保險給付事項。五、其他關於保險權益事項。」

二、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 6 款

「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：六、爭議之內容非第二條所定事項。」

三、行政程序法第 78 條第 1 項第 1 款及第 2 項

「對於當事人之送達，有下列各款情形之一者，行政機關得依申請，准為公示送達：一、應為送達之處所不明者。」「有前項所列各款之情形而無人為公示送達之申請者，行政機關為避免行政程序遲延，認為有必要時，得依職權為公示送達。」

四、行政程序法第 80 條

「公示送達應由行政機關保管送達之文書，而於行政機關公告欄黏貼公告，告知應受送達人得隨時領取；並得由行政機關將文書或其節本刊登政府公報或新聞紙。」

五、行政程序法第 81 條前段

「公示送達自前條公告之日起，其刊登政府公報或新聞紙者，自最後刊登之日起，經二十日發生效力。」

案情摘要

健保署列印製發之保險費及滯納金欠費繳款單(收據聯)，係健保署將申請人所欠健保費移送行政執行扣取部分欠費後，所製發之繳納證明，僅為證明申請人已繳納部分欠費，並非健保署基於公權力之職權行使所為之決定，非核定文件。

請求事項	停止繳納健保費。	
審定		
主文	申請審議不受理。	
理由	依據	全民健康保險爭議事項審議辦法第2條第1項、第14條第1項第7款、第18條第1項第1款及第6款。
	卷證	改制前行政院衛生署中央健康保險局（以下簡稱改制前健保局，於102年7月23日改制為健保署）公示送達證書、全民健康保險費暨滯納金繳款單公示送達名冊、健保署送達證書、行政執行案件移送書、全民健康保險投保單位（被保險人）欠費明細表、移送執行資料登錄作業電腦查詢畫面、法務部行政執行署○○行政執行處100年8月22日○字第0000000000號執行（債權）憑證、（債權）憑證明細、法務部行政執行署○○分署103年5月30日○字第000000號執行命令、法務部矯正署○○第二監獄103年7月15日○字第0000000000號函影本。
審定理由	<p>一、本件申請人因保險費事件，不服健保署所為之核定申請審議，經查申請書未載明健保署原核定通知文件之日期及文號，亦未檢附該署原核定通知文件（如繳款單），程式不合規定，本部乃先後以103年8月20日衛部○字第0000000000號書函及103年9月4日衛部○字第0000000000號書函，請申請人於文到20日內檢附健保署原核定通知文件（影本）以掛號郵寄本部全民健康保險爭議審議會，函內同時載明屆期不補正者，即不予受理。</p> <p>二、申請人固於103年9月16日檢附健保署103年7月25日列印之保險費及滯納金欠費繳款單(收據聯)，惟該欠費繳款單，核其性質係健保署本於職權將申請人所欠健保費新臺幣（下同）9,885元移送行政執行扣取部分欠費3,598元後，所製發之繳納證明，並非首揭辦法所定之核定文件，難認申請人已依規定補正，理由分述如下：</p> <p>(一) 依卷附前開資料顯示，申請人欠繳98年6月至99年2月</p>	

保險費 9,885 元，經健保署於 99 年 6 月 25 日公示送達，並移送行政執行取得執行（債權）憑證，該署復於 102 年 10 月 22 日催繳寄送繳款單，申請人於 102 年 10 月 24 日收受後仍未繳納欠費，健保署乃於 103 年 2 月 5 日移送法務部行政執行署○○分署執行，並經該分署扣取 3,598 元在案。

(二) 承上，申請人欠繳保險費，業經健保署於 99 年 6 月 25 日及 102 年 10 月 24 日將繳款單送達申請人，並移送法務部行政執行署執行，則健保署在行政執行扣取保險費 3,598 元後，於 103 年 7 月 25 日列印製發繳款單(收據聯)予申請人，僅為證明申請人已繳納部分欠費，並非健保署基於公權力之職權行使所為之決定，即非首揭辦法所定之核定文件。

三、綜上，申請人申請審議未檢附健保署原核定通知文件，不合法定程式，經本部通知補正後，屆期仍未依規定補正，自屬程式不符，應不予受理。

四、至申請人併案主張其每月勞作金只 1、2 佰元，請同意暫停繳費一節，業經健保署意見書陳明，略以為照顧弱勢及兼顧法令，本案執行機關扣押金錢已酌留其生活必需金錢 1,000 元，另申請人亦得委託他人向執行分署申請辦理欠費分期攤繳等語，併予敘明。

據上論結，本件申請為不受理，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 1 款暨第 6 款規定，審定如主文。

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。

一、全民健康保險爭議事項審議辦法第 2 條第 1 項

「保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對於保險人核定下列全民健康保險權益案件有爭議時，得依本辦法規定申請權益案件之審議：

- 一、關於保險對象之資格及投保手續事項。
- 二、關於被保險人投保金額事項。
- 三、關於保險費、滯納金及罰鍰事項。
- 四、關於保險給付事項。
- 五、其他關

於保險權益事項。」

二、全民健康保險爭議事項審議辦法第 14 條第 1 項第 7 款

「權益案件之申請審議，應填具申請書，載明下列事項，由申請人或其代理人簽名或蓋章：七、保險人原核定通知文件及相關文件資料繕本或影本。」

三、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 1 款及第 6 款

「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：一、申請書不合法定程式不能補正或經通知補正而屆期不補正。六、爭議之內容非第二條所定事項。」

案情摘要

申請人前於撤回爭議審議後，復就健保署同一核定文件再次向申請審議，應不予受理。

請求事項	核退於美國就醫自墊之醫療費用。	
審定		
主文	申請審議不受理。	
理由	依據	全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 5 款：「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：五、對已審定或已撤回之爭議案件重行提出申請。」
	卷證	本部 105 年 1 月 29 日衛部○字第 0000000000 號書函、申請人 104 年 12 月 2 日（本部收文日）申請書及 105 年 1 月 27 日（本部收文日）撤回申請書影本。
審定理由	<p>一、本件申請人不服健保署 104 年 11 月 11 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，於 104 年 12 月 2 日向本部申請爭議審議，前經本部受理（收文號：衛部爭字第 0000000000 號），嗣申請人於 105 年 1 月 27 日申請撤回，並經本部以 105 年 1 月 29 日衛部○字第 0000000000 號書函復同意在案。</p> <p>二、申請人於 105 年 2 月 17 日（本部收文日）復檢附健保署前開核定通知書及就醫相關資料，向本部申請爭議審議，經查本次爭議之標的與前案（收文號：衛部○字第 0000000000 號）相同，核屬同一案件。</p> <p>三、綜上，申請人對前開健保署 104 年 11 月 11 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於撤回爭議審議後，復向本部申請審議，即有不合，應不予受理。</p> <p>據上論結，本件申請為不受理，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 5 款規定，審定如主文。</p>	

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。

案情摘要

申請人使用之醫療費用係健保署代辦疾病管制署之特定案件，非健保醫療費用，申請爭議後業經健保署重新核定函知申請人不須繳還醫療費用，則申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理。

請求事項		撤銷原核定。
審定		
主文	申請審議不受理。	
理由	依據	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。」
	卷證	健保署 104 年 9 月 17 日健保○字第 0000000000 號函副本。
審定理由		<p>一、104 年 8 月 5 日健保○字第 0000000000 號函要旨 申請人於 99 年 8 月 12 日起因服刑喪失投保資格，追溯辦理退保，其於 99 年 10 月不具全民健康保險投保資格期間曾以健保身分於○○醫院就醫，應返還之門診醫療費用共計新臺幣 6,844 元，請於文到 15 日內繳還歸墊。</p> <p>二、申請人檢附前開函，主張其 99 年 8 月 12 日起至 11 月 7 日期間羈押於○○看守所，期間並未赴○○醫院就診，另 99 年 10 月 5 日就醫紀錄明細記載不詳，醫療措施等費用負擔均未明云云，向本部申請審議。</p> <p>三、審定理由</p> <p>(一) 健保署重新核定 申請人於 104 年 8 月 21 日申請審議後，業經健保署審查申報資料發現，申請人 99 年 10 月使用醫療費用係該署代辦疾病管制署之特定案件，非健保醫療費用，乃以 104 年 9 月 17 日健保○字第 0000000000 號函知申請人本案不須繳還在案。</p> <p>(二) 綜上，本件業經健保署重新核定申請人不須繳還醫療費用，則申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理。</p> <p>據上論結，本件申請為不受理，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 款規定，審定如主文。</p>

案情摘要

申請人申請審議未檢附健保署原核定文件，經通知補正後，雖檢送健保署之「線上案件處理通知信」，惟該文件僅係健保署循申請人之電子郵件，就所陳情事項，以電子形式所為單純事實敘述或說明之回復，尚不因該項敘述或說明而對申請人權益發生具體之法律上效果，非全民健康保險爭議事項審議辦法所定之核定文件，難認申請人已依規定補正，申請人申請審議，自屬程式不合，應不予受理。

請求事項	請求健保給付 B 肝治療過程中，額外增加的自費醫療費用，以及往後可能每月需自行籌措之大筆醫療費用。	
審 定		
主 文	申請審議不受理	
理 由	依據 全民健康保險爭議事項審議辦法第 2 條第 1 項、第 14 條第 1 項第 7 款、第 18 條第 1 項第 1 款及第 6 款。	
審定理由	<p>一、本件申請人填載「全民健康保險爭議審議申請書」向本部申請審議，惟查該申請書未載明健保署原核定通知文件之日期及文號，亦未檢附該原核定通知文件(所附編號 A0000000000 之「案件辦理進度查詢結果」，非健保署核定文件)，程式不合規定，本部乃於 105 年 3 月 3 日以衛部○字第 0000000000 號書函請申請人於文到之日起 20 日內，將原核定通知文件(影本)以掛號郵寄本部全民健康保險爭議審議會，函內同時載明屆期不補正者，即不予受理。</p> <p>二、經查本部前開書函送達申請人後，申請人雖於 105 年 3 月 8 日（本部收文日）檢附健保署案件編號 A0000000000 「線上案件處理通知信」影本到部，惟查前開「線上案件處理通知信」僅係健保署循申請人之電子郵件，就所陳情 B 型肝炎治療用藥之健保給付期間、項目及支付標準之訂定等事項，以電子形式所為單純事實敘述或說明之回復，尚不因該項敘述或說明而對申請人權益發生具體之法律上效果，非首揭辦法所定之核定文件，難認申請人已依規定補正，申請人申請審議，自屬程式不合，應不予受理。</p> <p>據上論結，本件申請為不受理，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 1 款暨第 6 款規定，審定如主文。</p>	

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。

一、全民健康保險爭議事項審議辦法第 2 條第 1 項

「保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構對於保險人核定下列全民健康保險權益案件有爭議時，得依本辦法規定申請權益案件之審議：一、關於保險對象之資格及投保手續事項。二、關於被保險人投保金額事項。三、關於保險費、滯納金及罰鍰事項。四、關於保險給付事項。五、其他關於保險權益事項。」

二、全民健康保險爭議事項審議辦法第 14 條第 1 項第 7 款

「權益案件之申請審議，應填具申請書，載明下列事項，由申請人或其代理人簽名或蓋章：七、保險人原核定通知文件及相關文件資料繕本或影本。」

三、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 1 款及第 6 款

「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：一、申請書不合法定程式不能補正或經通知補正而屆期不補正。六、爭議之內容非第二條所定事項。」

國家圖書館出版品預行編目(CIP)資料

全民健康保險爭議審議案例彙編. 九, 權益篇 /
衛生福利部全民健康保險爭議審議會編著. --
臺北市 : 衛福部, 民 105.12
面 ; 公分
ISBN 978-986-05-1438-4 (平裝)

1. 全民健康保險 2. 保險法規

412.56

105024265

書名：全民健康保險爭議審議案例彙編（九）-權益篇
編著者：衛生福利部全民健康保險爭議審議會
發行人：林奏延
總編輯：張玉霞
編輯：呂秀樺、林嘉慧、許博智、歐合純、陳麗蘭、
楊蕙寧、楊雅如、楊朝圍
出版機關：衛生福利部
地址：11558 臺北市南港區忠孝東路 6 段 488 號
電話：(02)85907222
網址：<http://www.mohw.gov.tw>
印刷者：柏采實業有限公司
地址：新北市深坑區北深路 3 段 111 號
電話：(02) 26626535
出版年月：中華民國 105 年 12 月
工本費：新台幣 100 元
GPN：1010503015 ISBN：978-986-05-1438-4