

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 111 年 1 月 15 日、16 日、28 日及 29 日門診就醫自付之醫療費用計新臺幣(下同)2,844 元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、境外就醫地點：大陸地區○○省○○○○○醫院及○○○○○養老服務中心。</p> <p>二、就醫原因：腰椎間盤突出症。</p> <p>三、就醫情形：111 年 1 月 15 日、16 日、28 日、29 日、30 日、2 月 2 日、3 日、4 日、5 日、6 日、3 月 2 日、3 日、4 日、4 月 7 日、8 日、9 日、10 日、14 日、16 日及 7 月 5 日計 20 次門診。</p> <p>四、醫療費用：計 1 萬 89 元。</p> <p>五、核定內容： 有關申請人申請全民健康保險自墊醫療費用核退案，經查申請人 111 年 1 月 15 日、16 日等 2 次於臺灣地區外就醫，依規定應於急診、門診治療當日或出院之日起 6 個月內提出申請，惟遲至 111 年 7 月 26 日始提出申請，已逾法定 6 個月之申請期限，另 111 年 7 月 14 日收據(含 111 年 1 月 28 日至 7 月 5 日期間計 18 次門診醫療費用)為○○○○○養老服務中心，非屬核退之醫事服務機構，核定不予核退。</p> <p>六、申請人主張其因長期在大陸上班，工作繁忙，已近一年未返臺，加上在外生病看病實屬不易，其是用中國郵政國際快遞寄出，郵戳日期是「2022.7.14」。○○○養老服務中心是合法的醫療復健單位，有醫療機構執業許可證及就醫照片可證云云，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 18 條第 1 項第 4 款。</p> <p>(二) 全民健康保險法第 51 條第 4 款及第 55 條第 2 款。</p> <p>(三) 全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條、第 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項。</p> <p>(四) 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>(五) 健保署 111 年 1 月 11 日健保醫字第 1110771721 號公告。</p> <p>二、健保署提具意見</p> <p>為維護保險對象權益，該署依申請人提供新事證及說明，經行政及專業審查結果，本件係由中國郵政集團公司遞送，其交郵當日郵戳</p>

日期為 111 年 7 月 14 日(發信主義)，本件未逾法定 6 個月申請期限。又依申請人檢具○○○○○養老服務中心是合法醫療復健單位，其登記證書、醫療機構許可證及就醫照片，經專業審查結果，111 年 1 月 15 日、16 日、28 日、29 日屬不可預期之緊急傷病，其餘仍不予給付。

三、關於 111 年 1 月 15 日、16 日、28 日及 29 日計 4 次門診(醫療費用各 1,256 元、1,756 元、1,226 元及 329 元)部分

(一) 此部分申請人於 111 年 11 月 4 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意給付 4 次門診費用，其中 111 年 1 月 15 日及 28 日門診，按該署公告之「111 年 1、2、3 月份全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限」，門診每次 1,135 元，核退 2 次門診費用計 2,270 元(計算式： $1,135 \text{ 元} \times 2 = 2,270 \text{ 元}$)；另 111 年 1 月 16 日門診，於扣除本保險不給付之中成藥等費用 1,511 元後，核退 245 元(計算式： $1,756 \text{ 元} - 1,511 \text{ 元} = 245 \text{ 元}$)，及 111 年 1 月 29 日門診，依收據記載金額，核實核退門診費用 329 元，合計 2,844 元(計算式： $2,270 \text{ 元} + 245 \text{ 元} + 329 \text{ 元} = 2,844 \text{ 元}$)，並於 111 年 11 月 30 日以受理號碼 0000000000 全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書核付申請人在案，則重核補付醫療費用 2,844 元部分，申請爭議審議標的已不存在。

(二) 其餘醫療費用差額計 1,723 元部分

此部分係申請人系爭 4 次門診費用中屬本保險不給付之中成藥費及超過核退上限之醫療費用計 1,723 元(計算式： $1,256 \text{ 元} + 1,756 \text{ 元} + 1,226 \text{ 元} + 329 \text{ 元} - 2,844 \text{ 元} = 1,723 \text{ 元}$)，健保署未准核退，於法並無不合。

四、關於其餘 111 年 1 月 30 日至 7 月 5 日期間計 16 次門診部分

此部分經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「證明」、「CT 診斷報告單」等資料影本顯示：

(一) 申請人因「腰椎間盤突出症」於 111 年 1 月 30 日至 7 月 5 日期間計 16 次門診就醫，卷附就醫資料並無情況緊急之相關描述，且該等病情或診斷非屬全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條所列之緊急傷病範圍，此部分 16 次門診均難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

(二) 綜合判斷：同意健保署意見，111 年 1 月 30 日至 7 月 5 日期間計 16 次門診費用，不予核退。

五、綜上，原核定關於重新核定核退申請人醫療費用 2,844 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘醫療費用部分，健保署未准核退，並無不合，原核定關於此部分應予維持。

據上論結，本件申請為部分不受理，部分無理由，爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款暨第 19 條第 1 項規定，審定如主文。
--

中 華 民 國 112 年 1 月 18 日

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向衛生福利部(臺北市南港區忠孝東路 6 段 488 號)提起訴願。

相關法令：

一、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款

「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：四、原核定通知已不存在。」

二、全民健康保險法第 51 條第 4 款

「下列項目不列入本保險給付範圍：四、成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品。」

三、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。」

四、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。」

五、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第6條第1項第2款及第2項

「保險人審查結果，認應核退醫療費用時，應依下列規定及基準辦理：二、發生於臺灣地區外之案件：由保險人依本保險醫療費用支付及給付規定審查後核實給付。但申請費用高於其急診、門診治療日或出院之日前一季本保險支付特約醫院及診所急診每人次、門診每人次、住院每人日平均費用基準者，其超過部分，不予給付。」「前項第二款有關核退費用之基準，由保險人每季公告之。」

六、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。」

七、健保署111年1月11日健保醫字第1110771721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111年1、2、3月份全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限：單位：元

項目 年月	門診 (每次)	急診 (每次)	住院 (每日)
111年1月至 111年3月	1,135	3,641	6,629

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。」