審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區○○省○○○○醫院。</p> <p>二、就醫原因：高血壓、高血脂、腎功能不全、慢性根尖周炎等。</p> <p>三、就醫情形：111年10月20日、12月2日、8日、12日（2次）、15日及29日計7次門診。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）計7,225元（其中111年12月2日門診費用為917元）。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>（一）111年12月2日門診：按收據金額，核實核退917元。</p> <p>（二）111年10月20日、12月8日、12日（計2次）及29日門診：經專業審查，認定不符不可預期之緊急傷病，不予給付醫療費用。</p> <p>（三）111年12月15日門診：未檢附診斷證明文件，請於2個月內補齊再審，屆時如未補件，不再受理。如為同一疾病回診，則非屬不可預期之緊急傷病。</p> <p>六、申請人就未准核退之111年10月20日、12月8日、12日（2次）、15日及29日計6次門診費用部分不服，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3條、第5條第1項及其附表。</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>二、健保署提具意見</p> <p>為維護申請人權益，該署復將申請人爭議審議申請書補述事實及理由等資料，再送專業審查，認定111年12月8日及29日為齦炎、根尖周炎複診治療、病歷記載症狀已緩解無不適，又111年10月20日及12月12日（2次）計3次門診為高血壓之後續治療，無緊急狀況，不符緊急就醫之條件，仍維持原核定，不予給付醫療費用。</p> <p>三、關於111年12月15日門診部分</p> <p>（一）按全民健康保險法第56條第2項授權訂定之全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第5條第1項附表明訂：「申請核退醫療費用時應檢具之書據：三、診斷書或證明文件。」，是保險對象申請</p>

核退醫療費用，應檢具診斷書或證明文件，始得向健保署申請核退醫療費用，審諸其意甚明。

- (二) 申請人此部分門診僅檢附「門(急)診掛號清單」及「電子普通發票」，並無診斷書或證明文件供核，即與前揭全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 1 項之附表規定不符，健保署未准核退，並無不合。

四、關於 111 年 10 月 20 日、12 月 8 日、12 日 (2 次) 及 29 日門診部分

此部分經綜整申請審議理由、本部委請醫療專家審查意見及卷附「門(急)診病歷」、「診斷證明書」、「門急診病歷單」等就醫資料影本顯示：

- (一) 關於 111 年 10 月 20 日及 12 月 12 日 (心臟血管內科) 門診部分

申請人因「血壓增高 1 年」，先後於 111 年 10 月 20 日及 12 月 12 日門診就醫，身體診察結果，血壓為 190/110mmHg，「現病史」記載「高血壓複診配藥」，診斷為「1. 高血壓 2. 高脂血症 3. 胸悶」，申請審議理由雖陳稱其帶半年量高血壓藥在 111 年 10 月 17 日吃完，111 年 10 月 20 日身體極不舒適、胸悶、呼吸困難，立即就診，現場量血壓高達 190/110mmHg，醫師立即開 3 周降血壓藥治療云云，惟查系爭 2 次門診皆為已知高血壓病症之複診配藥，且卷附就醫資料並無情況緊急之相關描述，不足以佐證系爭 2 次門診當時之病況符合全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條所定之緊急傷病範圍，均尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

- (二) 關於 111 年 12 月 8 日及 29 日門診部分

1. 申請人前於 111 年 12 月 2 日門診就醫，主訴「右下後牙反覆起膿包腫痛不適數天餘，要求檢查」，診斷為「齦炎、慢性根尖周炎」，接受#45 牙齒根管治療，醫囑 1 週後複診，業經健保署認屬不可預期之緊急傷病，並依規定核退醫療費用在案。
2. 申請人嗣依醫囑於 1 週後之 111 年 12 月 8 日門診就醫，接受同一牙位牙齒之後續根管沖洗、消毒及充填等治療，復於 111 年 12 月 29 日複診，卷附該 2 次門診就醫資料並無情況緊急之相關描述，且其病情或診斷亦非屬全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條所定之緊急傷病範圍，均尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

- (三) 關於 111 年 12 月 12 日 (腎臟內科) 門診部分

申請人因「腎功能異常」於111年12月12日門診就醫，固經診斷為「腎功能不全」，惟該病症為慢性病，且卷附就醫資料並無情況緊急之相關描述，其病情或診斷並不符合全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第3條所定之緊急傷病範圍，尚難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。

(四) 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退111年10月20日、12月8日、12日(2次)及29日門診費用。

五、申請人主張其是公司派駐到大陸地區工作，111年因新冠疫情及入境臺灣地區受限，無法回臺，112年1月15日才買到機票回臺，導致帶半年量高血壓藥在111年10月17日吃完，於111年10月20日身體極不舒適、胸悶及呼吸困難，立即就診，現場量血壓高達190/110mmHg，醫師立即開3周的高血壓藥治療，並要求每天一定要吃一粒不得中斷，111年12月12日因高血壓藥吃完，為控制血壓再升到190/110mmHg，故再到醫院開1個月的高血壓藥；另其因牙齦腫大且疼痛無法吃飯，於111年12月2日至醫院就診，醫師告知為齦炎及根尖周炎，需麻醉後根管治療及摘除壞死牙髓，治療期要1個月4次，其當時疼痛難忍就同意治療，後於111年12月8日、12日、15日及29日回診治療至完全清除膿包，只有111年12月2日第1次治療有核退費用，其餘皆未核退，若無後續治療，牙齒仍疼痛無法入睡，如何生活云云，惟所稱核難執為本案之論據，理由如下：

(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，又依改制前行政院衛生署 91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函釋意旨，前揭核退辦法並賦予保險人對臺灣地區外之核退案件，依例外從嚴之法理，有審核其醫療是否適當且合理之權限，亦有臺北高等行政法院 100 年度簡字第 767 號判決及臺灣士林地方法院 107 年度簡字第 20 號行政訴訟判決可資參照。

(三) 本件申請人 6 次門診就醫，其中 111 年 12 月 15 日未檢附診斷證明文件，不符規定，其餘 5 次門診，除經有審核權限之機關健保署審查判斷外，本部復依前開規定，再委請醫療專家就申請人檢附之前開就醫資料專業判斷結果，亦認為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。

六、綜上，健保署未准核退系爭醫療費用，並無不合，原核定關於此部分應予維持。

據上論結，本件申請為無理由，爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 19 條第 1 項規定，審定如主文。

中 華 民 國 112 年 6 月 30 日

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

相關法令：

一、全民健康保險法第 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 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。」

三、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 1 項及附表

「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。」

附表、申請核退醫療費用時應檢具之書據（節錄）

符合本法第五十五條規定之保險對象	保險對象(由本人或委託人申請)	備註
一、於臺灣地區外就醫者 二、暫行停止給付期間，於非保險醫事服務機構就醫者(臺灣地區外)	一、醫療費用核退申請書。 二、醫療費用收據正本及費用明細。 三、診斷書或證明文件。 四、住院案件者：出院病歷摘要。 五、出海作業之船員：身分證明文件及當次出海作業起返日期證明文件。 六、當次出、入境證明文件影本或服務機關出具之證明。 註： 委託他人申請或保險對象未入境時，另需檢附委託書及受委託者之身分證影本。	一、收據正本及費用明細如有遺失或供其他用途者，應檢具原醫療機構加蓋印信證明與原本相符之影本，並出具聲明書註明無法提出原本之原因。收據影本加蓋印信證明確有困難者，可免加蓋印信，惟需出具聲明書註明無法提出原本之原因。 二、醫療費用收據正本、費用明細、診斷書或證明文件，如為英文以外之外文文件時，應檢附中文翻譯。

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。」