

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	一、就醫地點：○○醫藥大學○○附設醫院。 二、就醫情形：(依核退申請書及醫療收據記載) (一) 111 年 6 月 21 日及 7 月 19 日計 2 次急診。 (二) 111 年 6 月 23 日至 7 月 7 日、7 月 21 日至 10 月 9 日計 2 次住院。 (三) 111 年 7 月 14 日 (2 次)、10 月 12 日 (2 次)、19 日及 20 日計 6 次門診。 三、醫療費用：計新臺幣 (下同) 46 萬 2,461 元 (含部分負擔 14 萬 7,568 元)。 四、核定內容： (一) 111 年 6 月 21 日至 7 月 19 日期間就醫，申請人遲至 112 年 1 月 31 日 (健保署收件日) 始提出申請，已逾法定 6 個月之申請期限，不予核退。 (二) 另 111 年 7 月 21 日至 10 月 20 日期間門診及住院，經查持有重大傷病證明「D599」之生效起迄日為 111 年 12 月 22 日至 116 年 12 月 21 日，由國立○○大學醫學院附設醫院 (以下簡稱○○醫院) 開立診斷證明申請符合重大傷病，申請人前開門診及住院就醫日非屬重大傷病證明有效期內之就醫，不符全民健康保險法之規定，核定不予核退。 五、申請人不服，主張其在 111 年 12 月 22 日才接受通知符合重大傷病資格，並於 111 年 12 月 22 日回溯，因此符合 6 個月內申請條件，且此重大傷病 D599 (後天性溶血性貧血)，依據○○醫藥大學○○附設醫院住院診斷及出院病歷摘要所敘述，皆為導致後天溶血性貧血之症狀，與重大傷病所載之傷病相同，其於○○醫藥大學○○附設醫院住院治療期間，該院未告知其符合申請重大傷病資格，直到○○醫院治療時，才得知可申請重大傷病，並通過重大傷病資格之申請，故於○○醫藥大學○○附設醫院住院治療期間所產生之自墊醫療費用，應依重大傷病減免條件，給予退款云云，向本部申請審議。
理 由	一、法令依據 (一) 全民健康保險法第 48 條第 1 項第 1 款、第 2 項、第 55 條第 4 款及第 56 條第 1 項第 1 款前段。 (二) 行為時全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 5 條第 1

項、第 6 條第 1 項第 1 款及第 2 項。

(三) 行政程序法第 48 條第 4 項。

二、查保險對象有重大傷病，依全民健康保險法第 48 條第 1 項第 1 款規定，免自行部分負擔費用，本件申請人申請書固記載「請核退醫療費用 46 萬 2,461 元」，惟申請人係以「重大傷病」為由，申請核退系爭門、急診及住院費用，此有申請人勾選「自墊費用原因」為「重大傷病」之「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」影本附卷可稽，爰本件爭議標的即在於健保署未准核退之系爭門、急診及住院之部分負擔 14 萬 7,568 元，合先敘明。

三、關於 111 年 6 月 21 日、7 月 19 日急診、7 月 14 日門診（2 次）及 6 月 23 日至 7 月 7 日住院醫療費用部分

(一) 此部分申請人系爭 2 次急診、2 次門診及住院就醫，依前揭全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款前段規定，應分別自各該次急診、門診治療當日或出院之日起 6 個月內（期間末日分別為 111 年 12 月 21 日、112 年 1 月 19 日、14 日及 7 日，其中 112 年 1 月 14 日為星期六，末日順延至 112 年 1 月 16 日星期一），向健保署提出自墊醫療費用核退之申請，惟申請人遲至 112 年 1 月 31 日始向健保署提出此部分系爭醫療費用核退之申請，有健保署○○業務組醫療費用○科蓋於申請人申請系爭醫療費用之「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」上之收件章戳可按，復為申請人所不否認，申請人申請核退此部分系爭 2 次急診、2 次門診及住院自墊醫療費用，即已逾 6 個月申請期限。

(二) 申請人雖主張其在 111 年 12 月 22 日才接受通知符合重大傷病資格云云，惟查保險對象於保險醫事服務機構診療或分娩，因不可歸責於保險對象之事由，致自墊醫療費用者，其申請核退醫療費用之期限，除出海作業之船員，係自返國入境之日起算 6 個月內外，其餘均應於門診、急診治療當日或出院之日起 6 個月內，提出醫療費用核退之申請，已為全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款所明定，爰一體適用於全體保險對象，又前揭 6 個月期限為法定不變期間，尚難因個人因素從寬認定或予以延長。健保署未准核退，核無不合。

四、關於 111 年 7 月 21 日至 10 月 9 日住院、10 月 12 日（2 次）、19 日及 20 日門診部分

(一) 按「重大傷病證明，以保險人受理之日為生效日。」為行為時全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 5 條第 1 項所明定。又依同辦法第 6 條第 1 項第 1 款及第 2 項規定：「(第 1 項第 1

款)保險對象持有效期間內重大傷病證明就醫，其免自行負擔費用範圍如下：一、重大傷病證明所載傷病，或經診治醫師認定與該傷病相關之治療。」「(第2項)保險對象如因重大傷病住院，並於住院期間申請獲准發給該項重大傷病證明者，其當次住院免自行負擔費用；如住院期間之檢驗報告，於出院後始經確定診斷屬於重大傷病，並據以申請獲准發給該項重大傷病證明，其施行該確定診斷檢驗之當次住院及出院後之相關門診，亦免自行負擔費用。」，是持有重大傷病證明之保險對象原則上須於重大傷病證明有效期間內就醫，並符合重大傷病證明所載病名之傷病或該傷病之相關治療，始得免除自行負擔費用；而所指可回溯至重大傷病證明生效日前之住院免部分負擔費用，係指申請獲准發給重大傷病證明之依據為該次住院期間所施行之檢驗結果，而於出院後始經確定診斷符合該重大傷病證明所載病名之情形，合先敘明。

(二)此部分經本部審查卷附出院病歷摘要、診斷證明書、門診醫療收據、住院醫療收據、重大傷病申請資料維護等相關資料影本及健保署意見書記載，認為申請人係由○○醫院於111年12月22日開立診斷書，並於同日經由網路傳輸向健保署代為提出重大傷病證明之申請，健保署核發診斷病名為「後天性溶血性貧血」(診斷代碼：D599)之重大傷病證明，有效起迄日為受理申請日111年12月22日至116年12月21日，而申請人此部分系爭111年7月21日至10月9日住院、111年10月12日(2次)、19日及20日計4次門診，均非在前開重大傷病證明有效期間內，並不符合行為時全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第6條第1項規定，而健保署核發重大傷病證明之依據，既非申請人於111年7月21日至10月9日住院之檢驗報告，亦不適用行為時全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第6條第2項規定可回溯免除部分負擔費用之餘地，系爭住院及4次門診之部分負擔費用，即應由申請人自行負擔。

(三)申請人雖主張依據住院診斷及出院病歷摘要所敘述，皆為導致後天溶血性貧血之症狀與重大傷病診斷所載之疾病相同，應依重大傷病減免條件，給予退款云云，惟此部分門診及住院均非於重大傷病證明有效期間內，並不符合免除部分負擔費用之條件，申請人所稱，核有誤解。

五、綜上，健保署未准核退系爭部分負擔費用，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。

中 華 民 國 112 年 7 月 19 日

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

相關法令：

一、全民健康保險法第 48 條第 1 項第 1 款及第 2 項

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

二、全民健康保險法第 55 條第 4 款

「保險對象有下列情形之一者，得向保險人申請核退自墊醫療費用：四、保險對象於保險醫事服務機構診療或分娩，因不可歸責於保險對象之事由，致自墊醫療費用。」

三、全民健康保險法第 56 條第 1 項第 1 款前段

「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：一、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。」

四、行為時全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 5 條第 1 項

「重大傷病證明，以保險人受理之日為生效日。」

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

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

檢驗之當次住院及出院後之相關門診，亦免自行負擔費用。」

六、行政程序法第 48 條第 4 項

「期間之末日為星期日、國定假日或其他休息日者，以該日之次日為期間之末日；期間之末日為星期六者，以其次星期一上午為期間末日。」