

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於未准核退 111 年 8 月 22 日、23 日、9 月 5 日、15 日、10 月 31 日、11 月 2 日(2 次)、4 日、30 日(2 次)、12 月 9 日及 22 日門診部分負擔計新臺幣 3,300 元部分撤銷，由原核定機關查明後另為適法之核定。</p> <p>二、其餘申請審議駁回。</p>
事 實	<p>一、就醫地點：○○○○○○○○○○○○○○○○○○分院(以下簡稱○○○○分院)。</p> <p>二、就醫情形：</p> <p>(一) 111 年 3 月 1 日、8 日、10 日、15 日、17 日、22 日、29 日、4 月 15 日(4 次)、5 月 3 日、31 日(2 次)、7 月 18 日(2 次)、25 日(3 次)、26 日(2 次)、8 月 1 日、4 日、18 日、22 日、23 日、26 日、9 月 5 日(2 次)、15 日(2 次)、10 月 13 日、31 日、11 月 2 日(2 次)、4 日、15 日(2 次)、30 日(2 次)、12 月 9 日、13 日及 22 日(2 次)計 44 次門診。</p> <p>(二) 111 年 4 月 17 日至 24 日住院。</p> <p>三、醫療費用：計新臺幣(下同)2 萬 8,984 元(其中住院部分負擔費用計 1 萬 761 元，門診部分負擔計 1 萬 260 元)。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>(一) 申請(收據)金額：2 萬 8,984 元。</p> <p>(二) 不給付金額：2 萬 6,564 元。</p> <p>(三) 核付金額：2,420 元(111 年 8 月 4 日、18 日、26 日、9 月 5 日、15 日、10 月 13 日及 11 月 15 日計 7 次門診之部分負擔)。</p> <p>五、申請人檢附系爭 112 年 2 月 23 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影本，主張其重大傷病卡為 111 年 8 月 4 日生效，健保署沒有通知其本人或家屬，其直到 111 年 12 月詢問健保署被告知沒有通過，其再度至○○○○分院協助查詢後，過兩天才得知重大傷病通過，受理日與生效日同為 111 年 8 月 4 日，核定日期為 111 年 12 月 14 日，如此混亂的核退，令人難以理解云云，就未准核退部分負擔部分，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 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 5 條第 1 項、第 6 條第 1 項第 1 款及第 2 項。</p>

## 二、健保署提具意見

(一) 申請人111年4月17日至4月24日於○○○○分院住院，重大傷病於111年8月4日申請，核定日111年12月14日，重大傷病起迄日為111年8月4日至永久有效，住院期間不在重大傷病有效期間，爰不予受理核退。

(二) 申請人於111年3月1日至12月22日計44次門診之自付部分負擔費用核退，111年3月1日至8月1日計22次門診就醫，因不符重大傷病有效期限，爰不予核退；111年8月4日至12月22日計22次門診就醫，其中有12次不符合重大傷病診斷核退條件，不予核退；10次符合重大傷病診斷(其中3次未收取部分負擔)，依○○○○分院申報部分負擔金額，予以核退自付之部分負擔費用2,420元無誤。

三、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。

四、本件經本部審查卷附「費用證明單」、保險對象門診就醫紀錄明細表、健保署111年12月14日受理編號0000000000全民健康保險重大傷病核定審查通知書等相關資料影本及健保署意見書記載，顯示申請人係由○○○○分院於111年8月4日代為向健保署提出重大傷病證明之申請，健保署於111年12月14日核發診斷病名為「Behcet's」(診斷代碼：M352)之重大傷病證明，有效起迄日為受理日111年8月4日至永久，申請人於111年12月28日向健保署申請核退111年3月1日至12月22日期間44次門診及1次住院部

分負擔費用，其中 9 次門診並未收取部分負擔費用，另 7 次門診部分負擔費用 2,420 元，健保署業已核退，其餘 28 次門診及 1 次住院部分，查核分述如下：

(一) 關於 111 年 3 月 1 日、8 日、10 日、15 日、17 日、22 日、29 日、4 月 15 日、5 月 3 日、31 日、7 月 18 日、25 日(2 次)、26 日(2 次)、8 月 1 日計 16 次門診及 111 年 4 月 17 日至 24 日住院部分：均非在前開重大傷病證明有效期間內，自不符合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，此部分門診及住院之部分負擔費用，即應由申請人自行負擔。

(二) 關於其餘 111 年 8 月 22 日、23 日、9 月 5 日、15 日、10 月 31 日、11 月 2 日(2 次)、4 日、30 日(2 次)、12 月 9 日及 22 日計 12 次門診部分負擔 3,300 元部分：

此部分健保署以不符重大傷病診斷核退條件，不予核退，惟依前揭規定，符合重大傷病證明所載病名之傷病或該傷病之相關治療，得免除自行負擔費用，已如前述，經查卷附資料僅有「保險對象門診就醫紀錄明細表」顯示此 12 次門診之疾病名稱為「其他持續性情感疾患」、「攝護腺增大伴有下泌尿道症狀」、「其他類型口腔炎」、「口腔黏膜白斑症，包括舌部」、「呼吸困難」，是否為申請人領有重大傷病證明「Behcet's」之相關治療？卷無資料可稽，尚有由健保署查明釐清之必要。

五、綜上，原核定關於未准核退 111 年 8 月 22 日、23 日、9 月 5 日、15 日、10 月 31 日、11 月 2 日(2 次)、4 日、30 日(2 次)、12 月 9 日及 22 日計 12 次門診部分負擔 3,300 元部分撤銷，由原核定機關查明後另為適法之核定；其餘部分負擔未准核退，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 項及第 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 5 條第 1 項

「重大傷病證明，以保險人受理之日為生效日。」

三、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。」