

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：112年4月12日、21日、5月2日、8日、9日及6月1日計6次門診。</p> <p>三、部分負擔醫療費用：計新臺幣1,870元(依收據記載，其中112年5月2日為自費就醫)。</p> <p>四、核定內容： 申請人申請核退於112年4月12日、21日、5月2日、8日、9日及6月1日門診之重大傷病部分負擔，就醫日期不在重大傷病有效期間(112年7月6日起)，不符免部分負擔範圍，該署歉難受理。</p> <p>五、申請人主張其起初經婦產科判定是良性腫瘤，僅作沿邊緣切除，直到檢驗才知是惡性腫瘤，婦產科醫師不知其符合重大傷病資格，未協助申請，還誤認為皮膚科，其多次詢問醫院經回復如符合資格，主治醫師會主動申請，後經現任主治醫師發現其符合資格，之前醫師未主動協助申請云云，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5條第1項前段、第6條第1項第1款及第2項。</p> <p>二、按「重大傷病證明，以保險對象提出申請之日為生效日。」為全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第5條第1項前段所明定。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</p>

合該重大傷病證明所載病名之情形，合先敘明。

三、本件經審查卷附「病理報告」、「重大傷病申請資料維護」、「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書」等相關資料影本及健保署意見書記載，認為申請人係於112年7月6日由○○醫院開立診斷書，以網路方式代向健保署提出重大傷病證明之申請，經健保署審查同意核發診斷病名為「外陰惡性腫瘤」(ICD-10-CM：C519)之重大傷病證明，有效起迄日為申請日112年7月6日至117年7月5日，而申請人系爭112年4月12日、21日、5月2日、8日、9日及6月1日計6次門診，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，又健保署提具意見陳明，略以本案經查申請人於重大傷病證明生效日之前僅有門診就醫資料，無「如因重大傷病住院，住院期間之檢驗報告於出院後始經確診屬於重大傷病」可追溯生效起日之適用狀況等語，則系爭6次門診並不符合免除部分負擔費用之條件，即應由申請人自行負擔費用。

四、綜上，健保署函復申請人，略以系爭6次門診不符免部分負擔範圍，歉難受理等語，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。

中 華 民 國 112 年 11 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5條第1項前段

「重大傷病證明，以保險對象提出申請之日為生效日。」

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。」