

審 定	
主 文	<p>一、原核定關於重新核定核退申請人於 112 年 5 月 20 日門診就醫自付之醫療費用計新臺幣 1,088 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：日本○○病院。</p> <p>二、就醫原因：左肩關節挫傷及左肩胛骨折（依健保署意見書記載）。</p> <p>三、就醫情形：112 年 5 月 20 日門診。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）計 8,281 元。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>申請人申請 112 年 5 月 20 日門診自墊之醫療費用，經查申請人 108 年 10 月 28 日在臺灣已有相同診斷及就醫紀錄，實為舊疾，不符合不可預期之緊急傷病核退範圍，所請款難核付。</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 10 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 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項。</p> <p>（四）健保署 112 年 4 月 13 日健保醫字第 1120661366 號公告。</p> <p>二、關於醫療費用 1,088 元部分</p> <p>此部分申請人於 112 年 10 月 17 日（本部收文日）申請審議後，業經健保署重新核定，同意按前開公告之核退上限，門診每次 1,088 元，核退該次門診費用 1,088 元，並於 112 年 10 月 27 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 1,088 元在案，則此部分申請爭議審議標的已不存在。</p> <p>三、關於其餘未准核退之醫療費用差額 7,193 元部分</p> <p>此部分係申請人系爭門診費用中未准核退之差額 7,193 元（計算式：8,281 元-1,088 元=7,193 元），包括超過核退上限之醫療費用及不列入本保險給付範圍之「文書料」（證書費）、「その他」（雜費）、「消費稅」，健保署未准核退，於法並無不合。</p> <p>四、綜上，原核定關於重新核定核退醫療費用 1,088 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 7,193 元部分，健保署未准核退，並無不合，原核定關於此部分應予維持。</p>

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 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 10 款

「下列項目不列入本保險給付範圍：十、病人交通、掛號、證明文件。」

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 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、門診每人、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。」

五、健保署 112 年 4 月 13 日健保醫字第 1120661366 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 112 年 4、5、6 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)
112年4月至 112年6月	1,088	3,704	7,315

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。」