

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 18 日門診就醫自付之醫療費用計新臺幣 303 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、京都○病院等。</p> <p>二、就醫原因：右顏面神經麻痺。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 112 年 5 月 18 日、22 日、23 日、6 月 7 日、8 日、12 日、20 日、7 月 6 日、20 日、31 日計 10 次門診。</p> <p>(二) 112 年 5 月 24 日至 6 月 6 日及 6 月 22 日至 7 月 1 日計 2 次住院。</p> <p>四、醫療費用：折合新臺幣（下同）計 28 萬 2,862 元（其中 112 年 5 月 18 日、22 日、23 日門診費用各為 303 元、1,446 元、4,218 元）。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 112 年 5 月 22 日門診：依收據記載金額，於扣除證書費 730 元後，給付費用 716 元(計算式：1,446 元-730 元=716 元)。</p> <p>(二) 112 年 5 月 23 日門診：按健保署公告之「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」，門診每次 1,088 元，給付門診費用 1,088 元，其餘費用 3,130 元(計算式：4,218 元-1,088 元=3,130 元)，不予給付。</p> <p>(三) 112 年 5 月 18 日、6 月 12 日及 20 日計 3 次門診：未附診斷證明文件，經健保署於 112 年 11 月 6 日以健保北字第○號函通知補件，申請人家屬於 112 年 11 月 9 日以電子郵件表示不再補件，該署逕依現有書據審核，核定不予給付。</p> <p>(四) 112 年 6 月 7 日及 7 月 31 日計 2 次門診：收費明細為文書料，非健保給付項目，爰不予給付。</p> <p>(五) 112 年 5 月 24 日至 6 月 6 日、6 月 22 日至 7 月 1 日計 2 次住院及 112 年 6 月 8 日、7 月 6 日、20 日計 3 次門診：經專業審查，認定非屬不可預期之緊急傷病，不予給付。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 51 條第 10 款及第 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、第 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項。</p> <p>(三) 本部改制前行政院衛生署 91 年 10 月 2 日衛署健保字第</p>

0910060027 號函。

(四) 健保署 112 年 4 月 13 日健保醫字第 1120661366 號公告。

二、關於 112 年 5 月 18 日門診費用 303 元部分

此部分申請人於 113 年 1 月 11 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意依收據記載金額，核實核退該次門診費用計 303 元，並於 113 年 1 月 31 日以受理號碼○全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書通知申請人，則此部分申請爭議審議標的已不存在。

三、關於未准核退之 112 年 5 月 22 日及 23 日計 2 次門診費用差額計 3,860 元(計算式：730 元+3,130 元=3,860 元)部分

此部分係 112 年 5 月 22 日門診費用中本保險不給付費用(「文書料」730 元)及 112 年 5 月 23 日門診費用中超過核退上限部分之費用 3,130 元，健保署未准核退，於法並無不合。

四、關於 112 年 6 月 12 日及 20 日門診費用部分

(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，如有缺漏，健保署即無從據以審查及核退自墊醫療費用，審諸其意甚明。

(二) 查申請人 112 年 6 月 12 日及 20 日門診，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，經健保署以 112 年 11 月 6 日健保北字第○號函請申請人於通知之日起 2 個月內補件，復經申請人家屬於 112 年 11 月 9 日以電子郵件回復健保署無法再行補件，則健保署逕依現有書據審核，不予核退該 2 次門診費用，並無不合。

五、關於 112 年 6 月 7 日及 7 月 31 日門診費用部分

此部分係非本保險給付範圍之「文書料」及「消費稅」，健保署未准核退，於法並無不合。

六、關於 112 年 5 月 24 日至 6 月 6 日、6 月 22 日至 7 月 1 日計 2 次住院及 112 年 6 月 8 日、7 月 6 日、7 月 20 日計 3 次門診部分

(一) 健保署提具意見

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、理由及相關文件，再送專業審查結果，認定因 112 年 5 月 23 日顏面神經電位檢查並未符合完全性立即性顏面神經麻痺，乃至

於衍生之後續治療皆非屬不可預期之緊急傷病，核定不予給付。

(二) 此部分經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「診斷書」、「診療錄」、「傷病名紀錄」、「檢查結果照會」、「ENOG」、「影像診斷報告書」、「入院病歷要約(退院サマリー)」、「手術內容」、「手術紀錄」等就醫料及健保署意見書顯示：

1. 申請人因舌頭發麻、右側臉部肌肉麻痺等，於 112 年 5 月 18 日、22 日、23 日門診就醫，經診斷為右顏面神經麻痺，業經健保署認屬因不可預期之緊急傷病而就醫，並依規定核退費用在案。
2. 申請人因相同病症接續於 112 年 5 月 24 日至 6 月 6 日住院，接受耳鼻喉科、眼科相關檢查及藥物治療，於 112 年 6 月 8 日複診後，於 112 年 6 月 22 日至 7 月 1 日再次住院接受顏面神經減壓術治療，術後於 112 年 7 月 6 日及 20 日複診。
3. 依醫療常規，顏面神經麻痺無須住院，亦無緊急開刀治療之必要性，且卷附就醫資料亦無情況緊急之描述，不足以佐證其病情或診斷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，該 2 次住院及 3 次門診均難認屬因不可預期之緊急傷病而就醫。
4. 綜合判斷：同意健保署意見，不予核退此部分系爭 2 次住院及 3 次門診費用。

七、申請人主張其右顏面神經麻痺發病初期之病情進展快速，不僅臉部發麻疼痛，右眼完全無法閉合、味覺喪失等，經醫院初步研判病毒感染需緊急住院投藥，惟投藥後右側顏面神經傳導速度不升反降，情況無任何改善，醫生認為屬少數神經完全麻痺個案，強烈建議把握黃金治療期，盡快開刀，故緊急安排再次住院施行神經減壓手術，以避免惡化造成永久性損傷及終身後遺症，不敢耽擱而立即治療，實屬不可預期之狀況云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(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。」，本部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，又依本部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) 本件申請人系爭 10 次門診及 2 次住院就醫，其中 112 年 5 月 18 日、22 日、23 日計 3 次門診部分，業經健保署依規定核退費用，另 112 年 6 月 12 日及 20 日計 2 次門診部分，未檢附診斷證明文件，112 年 6 月 7 日及 7 月 31 日計 2 次門診部分，係非健保給付項目費用，而其餘 112 年 5 月 24 日至 6 月 6 日、6 月 22 日至 7 月 1 日計 2 次住院及 112 年 6 月 8 日、7 月 6 日、7 月 20 日計 3 次門診部分，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，亦認為均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。

八、綜上，原核定關於重新核定核退醫療費用 303 元部分，申請爭議審議標的已不存在，應不予受理；其餘醫療費用，健保署未准核退，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。

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 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。」

二、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。」

三、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、精神病患者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。」

四、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。

五、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次、門診每人次、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。」

六、本部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。」

七、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。」