

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區福建省○醫院。</p> <p>二、就醫原因：左鎖骨粉碎性骨折。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>（一）112年7月31日急診。</p> <p>（二）112年7月31日至8月5日住院。</p> <p>四、醫療費用：住院費用計折合新臺幣（下同）11萬2,223元，另急診費用缺收據，未列計金額。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>（一）112年7月31日急診：核定金額0元（該署於112年12月14日以健保北字第○號函請補112年7月31日急診收據，申請人委託家人於112年12月25日至基隆聯絡辦公室補件，聲明沒有112年7月31日急診收據確認不補件，因資料不齊全，該署依現有書據逕行審核，核定不予給付）。</p> <p>（二）112年7月31日至8月5日住院：經專業審查核定，同意給付合理住院日數3天，按健保署公告之「112年7、8、9月份全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限」，住院每日6,556元，給付3日住院費用計1萬9,668元(6,556元 X3=19,668元)；其餘醫療費用，不予給付。</p> <p>六、申請人主張其於112年7月31日騎機車摔傷致左鎖骨粉碎性骨折，到醫院急診，當天下午即進行手術治療，住院5天後出院，出院時開立發票，總金額包含住院與急診手術費用，只是開立憑證時未特別註明急診費用，其實急診已包含在申請全部金額之內云云，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項及附表、第2項、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0910060027號函。</p> <p>（四）健保署112年7月12日健保醫字第1120662886號公告。</p> <p>二、關於112年7月31日急診部分</p> <p>（一）依全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第5條第1項及附表暨第2項規定，保險對象申請核退自墊之醫療費用時，應檢具之書據包括醫療費用收據正本、費用明細、診斷書或證明文件等資料供</p>

健保署審查，倘檢送申請書據不全者，應自健保署通知之日起 2 個月內補件，屆期未補件者，健保署逕依所送書據進行審核，審諸其意甚明，合先敘明。

(二) 此部分經綜整申請人檢附「疾病診斷證明書」(開立日期 112 年 7 月 31 日)、「門診病歷/病歷記錄」、「住院病案首頁」、「入院記錄」、「出院記錄」、「手術記錄單」、「DR 檢查報告單」、「CT 影像診斷報告書」、檢驗報告單、發票聯 1 紙、住院病人費用清單、收費微機專用票據 3 紙(含普通發票代碼)等就醫相關資料影本及健保署意見書記載，顯示：

1. 申請人向健保署申請核退其 112 年 7 月 31 日急診就醫自墊之醫療費用，經健保署審認 112 年 7 月 31 日急診未檢附收據，以 112 年 12 月 14 日健保北字第○號函通知申請人於通知之日起 2 個月內補送該次急診之費用收據正本及費用明細，申請人於 112 年 12 月 25 日委由家人以書面聲明「112 年 7 月 31 日急診收據 確認沒有不補 依現有資料審查」等語，經健保署依現有書據審查，核定不予給付。

2. 申請人雖主張出院時開立發票，總金額包含住院與急診手術費用，只是開立憑證時未特別註明急診費用，其實急診已包含在申請全部金額之內云云，惟所稱核不足採，理由如下：

(1) 健保署提具意見陳明，略以出院記錄提及「…入院後完善各項術前相關檢查後於 2023-07-31 在臂叢麻醉下行左鎖骨骨折切開復位鋼板、螺釘內固定術」，非申請人所述於急診手術，又住院費用清單無急診相關費用(含急診診察費)等語。

(2) 本部為求慎重，再逐一審視卷附就醫相關資料影本，發現：

① 申請人固於 112 年 7 月 31 日 10 時急診就醫，並隨即於 15 分鐘後入院，此有「住院病案首頁」、「入院記錄」記載入院時間為「2023 年 7 月 31 日 10:15」可稽，又依「手術記錄單」記載手術日期為「2023-07-31 15:30-17:00」，急診病歷亦記載醫囑「住院手術治療」，顯示申請人係於入院後始接受手術治療，並非申請人所稱「急診」手術。

② 再查卷附申請人 112 年 7 月 31 日至 8 月 5 日住院之「住院病人費用清單」、「收費微機專用票據」，僅記載收費項目、金額等，均無與急診有關之相關記載或描述，另急診病歷雖記載申請人於急診接受 X 光檢查，惟「住院病人費用清單」所列收費項目並無「X 光」之檢查費用，尚無從認定該次急診費用已列於住院費用中。

3. 承上，健保署逕依所送書據進行審核，核定不予給付此部分急診

費用，於法尚無不合。

### 三、關於 112 年 7 月 31 日至 8 月 5 日住院部分

此部分經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「住院病案首頁」、「入院記錄」、「出院記錄」、「手術記錄單」、「DR 檢查報告單」、「CT 影像診斷報告書」、檢驗報告單、影像圖片等相關資料影本顯示：

- (一) 申請人因摔傷後左肩部腫痛於 112 年 7 月 31 日入院，經診斷為「左鎖骨粉碎性骨折」，接受「左鎖骨骨折切開復位鋼板、螺釘內固定術」治療，依醫療常規，鎖骨骨折為上肢骨折，不影響活動，如術後無併發症，予以 3 日住院治療及觀察，已足因應緊急醫療之所需。
- (二) 綜合判斷：同意健保署意見，核退 3 日住院費用。

### 四、申請人主張其因騎車摔傷致左鎖骨粉碎性骨折急診就醫，接受手術治療，住院 5 天後出院，出院時開立發票，總金額包含住院與急診手術費用云云，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) 本件申請人系爭急診及住院就醫，其中急診部分，申請人未依規

定檢附收據供核，而住院部分，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住院就醫資料專業判斷結果，亦認為予以住院 3 日治療及觀察，已足以因應緊急醫療之所需，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

五、綜上，健保署依核退上限核退申請人 3 日住院費用計 1 萬 9,668 元，其餘費用未准核退，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 113 年 4 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 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。」

二、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、精神病病人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。」

三、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 1 項及第 2 項

「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。」「保險對象檢送申請書據不全者，應自保險人通知之日起二個月內補件；保險人於必要時，得依保險對象之申請予以延長，並以一次為限，最長不得逾二個月；屆期未補件者，逕依所送書據進行審核。」

四、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條第 1 項附表  
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 7 月 12 日健保醫字第 1120662886 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 7、8、9 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 7 月至 112 年 9 月	1,059	3,552	6,556

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。」