

審 定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、就醫地點：○○醫院及○○醫院。</p> <p>二、就醫情形(依核定通知書、收據及健保署意見書記載)：</p> <p>(一) 113年2月7日、13日、15日、16日及20日計5次急診。</p> <p>(二) 113年2月19日、3月6日、7日及18日計4次門診。</p> <p>(三) 113年3月4日至6日住院。</p> <p>三、醫療費用：新臺幣(下同)8萬7,625元(其中部分負擔費用計2萬7,109元)。</p> <p>四、核定內容：</p> <p>(一) 113年3月4日至6日住院及113年3月6日、7日、18日計3次門診：同意核退部分負擔費用計2萬2,989元。</p> <p>(二) 113年2月7日、13日、15日、16日、20日計5次急診及113年2月19日門診：為重大傷病證明生效前就醫，所請核退部分負擔費用，該署未便同意。</p> <p>五、申請人就未准核退之113年2月7日、13日、15日、16日、20日計5次急診及113年2月19日門診部分負擔費用不服，主張其76年出生即患有先天性心臟病(心室中隔缺損)，自小即領有重大傷病卡，當時父母不瞭解重大傷病有效期限限制，且成長過程未再因重大傷病就醫，以致重大傷病資格中斷而不自知，113年2月7日突然心臟病發(心房撲動)，傍晚至醫院急診後返家，適逢春節連假苦無門診醫生可看診又頻繁多次發作，進出急診室急救，病情不穩定情況下只能在家靜養，3月4日至6日住院手術治療，康復出院後才有餘力處理換發重大傷病卡資格，該次住院手術費用業已獲得健保署核退在案，基於保險學理「主力近因原則」，自2月7日起5次急診及2月19日門診就醫病症均與住院手術治療病症為同一關聯性，請准予核退云云，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2項第1款、第3項、第6條第1項第1款及第2項。</p> <p>二、健保署提具意見及補充意見</p> <p>申請人「心室中隔缺損」重大傷病證明效期為96年2月6日至99年2月5日及113年3月6日至116年3月5日，申請核退因典型心房撲動、心房撲動、心室上部心搏過速、心室中隔缺損、呼吸困難等，於○○醫院、○○醫院113年2月7日、2月13日、15日、</p>

16日、20日計5次急診、113年2月19日、3月6日、7日、18日計4次門診及113年3月4日至6日住院部分負擔醫療費用，查申請人原重大傷病證明有效期間至99年2月5日屆滿，遲至113年3月6日始重新申請，爰重大傷病證明效期不得銜接，該署業以系爭核退核定通知書核定不予給付113年2月7日至20日期間計6次急、門診非重大傷病證明生效期間就醫之部分負擔費用。

三、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及出院後相關門診免部分負擔費用，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、本件經綜整申請審議理由、本部審查卷附「重大傷病證明」、「急診醫療費用收據」、「醫療費用收據」、「全民健康保險重大傷病證明申請書」、「診斷證明書」(開立日期：113年3月6日)、「心臟超音波檢查報告」(檢查報告日期：113年3月4日)、「門診醫療費用收據」等相關資料影本及健保署意見書、補充意見記載，認為申請人係由○○於113年3月6日以網路方式檢附前開「全民健康保險重大傷病證明申請書」、「診斷證明書」及「心臟超音波檢查報告」等資料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「心室中隔缺損」之重大傷病證明，有效起迄日為申請日113年3月6日至116年3月5日，而申請人系爭113年2月7日、13日、15日、16日、20日計5次急診及113年2月19日門診就醫，既非在前開重大傷病證明有效期間內，並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，此外，又健保署核發申請人重大傷病證明之依據為申請人113年3月6日出院當天之診斷證明書及住院期間113年3月4日心臟超音波檢查報告，並無全

民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 6 條第 2 項規定「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」之情形，尚無例外回溯至重大傷病證明生效日前免除部分負擔費用之餘地，則系爭 113 年 2 月 7 日、13 日、15 日、16 日、20 日計 5 次急診及 113 年 2 月 19 日門診之部分負擔費用，即應由申請人自行負擔。

五、綜上，健保署未准核退系爭 113 年 2 月 7 日、13 日、15 日、16 日、20 日計 5 次急診及 113 年 2 月 19 日門診部分負擔費用，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 9 月 2 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、第 2 項第 1 款及第 3 項

「重大傷病證明，以保險對象提出申請之日為生效日。」「重大傷病證明有效期間屆滿，申請人得於下列期限內，依第二條規定重新申請：一、有效期間為二年以上者：效期屆滿三個月前。」「於前項期限內重新申請，經保險人核定繼續取得重大傷病證明者，其效期得予銜接。逾前項期限始重新申請，經保險人核定繼續取得重大傷病證明者，以保險對象提出申請之日為生效日。原疾病經重新審查結果，確認不符重大傷病規定者，不再發給重大傷病證明。」

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。」