

審 定

主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、就醫地點：○○○診所及○○○○○○○醫院(以下簡稱○○醫院)。</p> <p>二、就醫情形：</p> <p>(一) 113年7月9日急診。</p> <p>(二) 113年7月9日(2次)及10日計3次門診。</p> <p>(三) 113年7月9日至16日住院。</p> <p>三、醫療費用：新臺幣(下同)2萬1,271元(含部分負擔3,211元及113年7月10日自費體檢2,930元)。</p> <p>四、健保署113年11月14日健保○字第0000000000號函要旨 有關申請人113年7月9日至16日住院、113年7月9日(共計3次)分別於○○醫院、○○○診所就醫，向該署申請全民健康保險自墊醫療費用免自行負擔費核退案，經查持有傷病證明「C341」生效起迄日為113年8月20日至118年8月19日由○○○○○○○○○○○○○○醫院(以下簡稱○○醫院)開立診斷證明申請符合重大傷病，前述門診及急診之就醫日核非屬重大傷病證明有效期內之就醫，不符合規定；另113年7月10日經洽詢醫院表示收據收費項目為健保不給付之自費體檢，非屬全民健康保險給付項目，綜上，該署核定不予核退。</p> <p>五、申請人主張其由○○○診所轉診○○醫院後，因○○醫院沒有能力、不會診他科醫生，胡搞之下無奈再轉診○○醫院求救。在○○醫院確定重大傷病之前都是同一個病因，當然在轉診前提下要追溯之前發生的費用云云，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1條第2項、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、健保署提具意見</p> <p>經查申請人所持重大傷病證明(C341)係由○○醫院開立診斷證明申請，生效起迄日為113年8月20日至118年8月19日。爰申請人於113年7月9日共計3次門、急診就醫及113年7月9日至16日住院，就醫日核定非屬重大傷病證明有效期內之就醫；另113年7月10日就醫，收據費用項目為健康檢查費，非屬全民健康保險給付項目，並洽詢醫院確認為自費體檢，該署爰核定不予核退。</p> <p>三、關於113年7月9日急診、113年7月9日(2次)門診及113年7月9日至16日住院部分</p>

(一) 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。

(二) 此部分經本部審查卷附全民健康保險自墊醫療費用核退申請書、醫療費用收據、診斷證明書、轉診單、重大傷病申請資料維護等相關資料影本及健保署意見書記載，認為申請人申准取得診斷病名為「上葉之右側支氣管或肺惡性腫瘤」(診斷代碼：C341)之重大傷病證明，係由○○醫院於113年8月20日經由網路傳輸代向健保署提出而獲准，有效起迄日為113年8月20日至118年8月19日，而申請人系爭113年7月9日急診、113年7月9日門診(2次)及113年7月9日至16日住院就醫，既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，系爭急診、門診及住院就醫之部分負擔費用，即應由申請人自行負擔。

四、關於113年7月10日門診(體檢科)部分

(一) 按「本保險為強制性之社會保險，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。」，為全民健康保險法第1條第2項所明定，是以，政府辦理全民健康保險之目的，僅限於保險對象因疾病、傷害及生育等事故，始由特約院所依規定提供保險醫療服務，合先敘明。

(二) 申請人113年7月10日門診係接受健康檢查，此有申請人提供記載就診科別為「體檢科」之113年7月10日醫療費用收據影本附卷可稽，依前揭全民健康保險法第1條第2項規定，非屬全

民健康保險之給付範圍，則健保署不予核退此次門診費用，並無不合。

五、綜上，健保署函復申請人，略以非重大傷病證明有效期內之就醫及收費項目為自費體檢，核定不予核退等語，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 114 年 1 月 23 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1條第2項

「本保險為強制性之社會保險，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付」

二、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。」

三、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。」

四、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。」

