

審定	
主 文	申請審議駁回。
事 實	<p>一、境外就醫地點：大陸地區廣東省東莞市○醫院、湖南省永州市○醫院。</p> <p>二、就醫原因：末期腎疾病(依健保署意見書記載)。</p> <p>三、就醫情形：</p> <p>(一) 113 年 5 月 20 日、23 日、25 日、28 日、31 日、6 月 3 日、6 日、8 日、11 日、14 日、17 日、19 日、21 日、22 日、7 月 29 日、8 月 12 日、15 日、17 日、20 日、23 日、26 日、29 日、31 日及 9 月 3 日計 24 次門診。</p> <p>(二) 113 年 6 月 24 日至 29 日、6 月 30 日至 7 月 18 日、7 月 18 日至 28 日及 7 月 30 日至 8 月 9 日計 4 次住院。</p> <p>四、醫療費用：計折合新臺幣(下同)13 萬 7,925 元(其中 113 年 6 月 22 日及 7 月 29 日計 2 次門診未附收據，不列計金額，其餘 22 次門診費用計 6 萬 1,106 元；4 次住院費用計 7 萬 6,819 元)。</p> <p>五、核定內容：</p> <p>(一) 113 年 5 月 20 日至 9 月 3 日期間計 22 次門診(不含 113 年 6 月 22 日及 7 月 29 日門診)：</p> <p>按健保署公告之「113 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」及「113 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」，門診每次各 980 元、1,023 元，給付費用計 2 萬 1,947 元($980 \text{ 元} \times 13 + 1,023 \text{ 元} \times 9 = 21,947 \text{ 元}$)，其餘費用，不予給付。</p> <p>(二) 113 年 6 月 22 日、7 月 29 日計 2 次門診及 113 年 6 月 24 日至 29 日、6 月 30 日至 7 月 18 日、7 月 18 日至 28 日、7 月 30 日至 8 月 9 日計 4 次住院：</p> <p>缺件，該署前於 113 年 12 月 20 日以健保北字第○號函通知補件，惟申請人於 113 年 12 月 26 日聲明 4 次住院不申請，且不再補件，以現有資料處理，該署依現有書據審核，核定不予給付。</p>
理 由	<p>一、法令依據</p> <p>(一) 全民健康保險法第 55 條第 2 款及第 56 條第 2 項。</p> <p>(二) 全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 5 條、第 5 條第 1 項附表、第 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項。</p> <p>(三) 健保署 113 年 4 月 11 日健保醫字第 1130661547 號及 113 年 7 月 5 日健保醫字第 1130663130 號公告。</p>

(四)臺灣地區與大陸地區人民關係條例第7條及其施行細則第38條。
二、關於113年5月20日至9月3日期間計22次門診(不含113年6月22日及7月29日門診)費用差額計3萬9,159元(61,106元-21,947元=39,159元)部分
此部分申請人22次門診就醫，業經健保署依該署公告之核退上限，核退該22次門診費用計2萬1,947元在案，其餘超過核退上限之醫療費用，健保署未准核退，於法並無不合。
三、關於113年6月22日、7月29日計2次門診費用(無收據，不列計金額)及113年6月24日至29日、6月30日至7月18日、7月18日至28日、7月30日至8月9日計4次住院費用計7萬6,819元部分
(一)按「在大陸地區製作之文書，經行政院設立或指定之機構或委託之民間團體驗證者，推定為真正。」「在大陸地區製作之委託書、死亡證明書、死亡證明文件、遺囑、醫療機構證明文件、切結書及領據等相關文件，應經行政院設立或指定之機構或委託之民間團體驗證。」為臺灣地區與大陸地區人民關係條例第7條及其施行細則第38條所明定，又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條規定：「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。保險人於必要時，得通知保險對象補送第一項附表規定以外之其他證明文件，或至保險人指定之醫事服務機構接受相關檢驗或檢查。」，同辦法第5條第1項附表規定，應檢具之書據包含醫療費用收據正本及費用明細、診斷書或證明文件、出院病歷摘要等資料，而健保署自95年4月1日起規定，保險對象申請核退大陸地區住院5日(含)以上之自墊醫療費用核退案件，其醫療證明文件須經公證驗證，嗣迭經簡化修正自99年4月1日起僅需醫療費用收據正本及診斷書需辦理公證驗證，並於「全民健康保險自墊醫療費用核退申請書填寫說明」增列該等修正，是保險對象申請核退大陸地區住院5日(含)以上之自墊醫療費用，其醫療費用收據正本及診斷書需辦理公證驗證，始得向健保署申請核退醫療費用。爰此，保險對象申請核退醫療費用，應檢具收據正本及診斷證明文件等資料，始得向健保署申請核退醫療費用，倘係申請核退大陸地區住院5日(含)以上之自墊醫療費用核退案件，其收據正本及診斷書並須經公證驗證；如

申請書據不全者，依前揭全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第5條第2項規定，應於健保署通知之日起2個月內補件，合先敘明。

(二) 經查申請人於113年9月24日(健保署受理日)向健保署申請核退此部分2次門診及4次住院醫療費用，未一併檢附113年6月22日門診收據、診斷書(或透析紀錄)、113年7月29日門診收據、113年6月24日至29日(第1次)住院病歷資料及4次住院公驗證明書，經健保署以113年12月20日健保北字第○號函通知申請人於通知之日起2個月內補件，惟申請人於113年12月26日聲明表示「四次住院不申請只申請透析門診 6/22 門診不補證 不再補證件 以現在資料處理」等語，則健保署逕依所送書據進行審核，核定不予給付此部分醫療費用，經核並無不合。

四、申請人主張申請(收據)金額13萬7,925元，只核付2萬1,947元，金額差太多云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 查世界各地醫療水準不一，計費方式亦不相同，任何國家對於國家資源，均有適當規劃公平分配予全民共享，不可能就其人民在外國發生之傷病，毫無上限無止盡核退其在國外之醫療費用，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」，採國內醫院及診所平均醫療費用作為定額核退基準上限，已考量就醫期間使用之材料、藥品及治療處置等相關費用，並於該辦法第6條第2項明定，前開核退費用之基準，由保險人每季公告之。

(二) 本件申請人系爭24次門診及4次住院就醫，其中22次門診部分，業經健保署依規定核付費用有案，而其餘2次門診及4次住院部分，申請人未依規定檢附收據、病歷及公驗證明書等書據，已如前述，申請人所稱，核有誤解。

五、綜上，健保署核付申請人醫療費用計2萬1,947元，其餘醫療費用，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 114 年 3 月 28 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、全民健康保險法第56條第2項

「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。」

三、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第5條

「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。保險人於必要時，得通知保險對象補送第一項附表規定以外之其他證明文件，或至保險人指定之醫事服務機構接受相關檢驗或檢查。」

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	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	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

服務機構就醫者（臺灣地區外）	<p>當次出海作業起返日期證明文件。</p> <p>六、當次出、入境證明文件影本或服務機關出具之證明。</p> <p>註：</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>
----------------	--	--

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、健保署113年4月11日健保醫字第1130661547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113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)
113年4月至 113年6月	980	3,329	6,353

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。」

七、健保署113年7月5日健保醫字第1130663130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113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)
113年7月至 113年9月	1,023	3,403	6,362

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。」

八、臺灣地區與大陸地區人民關係條例第 7 條

「在大陸地區製作之文書，經行政院設立或指定之機構或委託之民間團體驗證者，推定為真正。」

九、臺灣地區與大陸地區人民關係條例施行細則第 38 條

「在大陸地區製作之委託書、死亡證明書、死亡證明文件、遺囑、醫療機構證明文件、切結書及領據等相關文件，應經行政院設立或指定之機構或委託之民間團體驗證。」